



Fuldmagt i forbindelse med tandlægebesøg

VERSION APRIL 2020

Patientens navn: _____

Patientens CPR-nummer: _____

TANDLÆGESKOLEN

Jeg giver hermed fuldmagt til, at mit barns ledsager på mine vegne kan træffe afgørelser og give samtykke i forbindelse med den undersøgelse eller behandling, jeg har bestilt eller fået tilsendt tid til.

NØRRE ALLÉ 20
KØBENHAVN N

Ledsagers navn: _____

Ledsagers relation til barnet: _____

PATIENTTELEFON:
35 32 35 90
(HVERDAGE KL. 7.45-12)

Jeg er informeret om, at fuldmagten kun gælder én gang.

odont@sund.ku.dk
www.odont.ku.dk

Jeg er informeret om, at jeg til enhver tid kan tilbagekalde mit samtykke.

Forældremyndighedsindehavers navn:

Dato: _____

Forældremyndighedsindehavers underskrift