



## Fuldmagt i forbindelse med tandlægebesøg

Patientens navn:

Patientens cpr.nr.:

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.

Ledsagers navn:

Ledsagers relation til barnet:

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

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

Forældremyndighedsindehavers navn:

Dato:

Forældremyndighedsindehavers underskrift:

ODONTOLOGISK INSTITUT

NØRRE ALLÉ 20

2200 KØBENHAVN N

DIR 35 32 67 00

PATIENTTLF 35 32 35 90

odont@sund.ku.dk

www.odont.ku.dk

---

---