

מכבידנט בע"מ

מרפאה: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

טלפון: \_\_\_\_\_, פקס: \_\_\_\_\_

עוסק מורשה: \_\_\_\_\_

### אישור טיפול בקטין - ייפוי כח

אנו הח"מ הוריו ואפטרופסיו של הקטין \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_, מצהירים ומסכימים בזאת כדלקמן: ידוע לנו כי בתנו/בננו (להלן: "הקטין") עומד לקבל טיפול \_\_\_\_\_ במרפאתכם,

אנו מייפים את כוחו של \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ ללוות את בננו/בתנו במהלך טיפול השיניים במרפאה. אנו מסכימים ומתירים בזאת כי בהעדר נוכחותנו יבוצע לבננו/בתנו טיפול ע"י צוות המרפאה או חלק ממנו, לפי העניין, הכל כפי שיידרש לפי שיקול דעתו המקצועית של הרופא המטפל.

**תכנית הטיפולים המיועדת לביצוע הוסברה לי לרבות השלכות וסיבוכים אפשריים והנני מסכים לביצועה.**

ידוע לנו ואנו מסכימים כי למרות הסכמתנו ע"ג טופס זה לטיפול בקטין ללא נוכחותנו ובליויי מיופה הכח המצ"ב, רשאית מכבידנט לעמוד על נוכחות מלווה בהתאם לשיקול דעתה ועפ"י טובת הקטין ואנו מתחייבים להיערך לכך בהתאם ובלבד שהודעה על כך תינתן מראש.

תאריך: \_\_\_\_\_

שם: \_\_\_\_\_

ת.ז: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_