

Oświadczenie OPIEKUNA PRAWNEGO pacjenta do 18 roku życia - jednorazowe

Jednorazowe upoważnienie przedstawiciela ustawowego pacjenta małoletniego na skorzystanie z badań lub innych świadczeń medycznych w obecności opiekuna faktycznego małoletniego oraz na udzielenie informacji o stanie zdrowia małoletniego.

Imię i nazwisko małoletniego pacjenta														
PESEL lub data urodzenia w razie braku PESEL					P	E	S	E	L					Data urodzenia
Adres zamieszkania														

Ja, niżej podpisana/ny OPIEKUN PRAWNY ww. dziecka

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego														
PESEL lub data urodzenia w razie braku PESEL					P	E	S	E	L					Data urodzenia
Adres zamieszkania														
telefon														

oświadczam, że wyrażam zgodę na:

- Przeprowadzenie konsultacji lekarskiej, badania diagnostyczne bez ingerencji w integralność fizyczną pacjenta (np. USG), a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich TAK NIE
- Pobranie krwi i/lub wydzielin organizmu TAK NIE
- Odebranie recepty na leki zaordynowane w trakcie wizyty TAK NIE
- Rehabilitację TAK NIE
- Wykonanie szczepienia* (*wymaga wypełnienia ankiety) TAK NIE
- Uzyskania przez opiekuna faktycznego informacji o stanie zdrowia TAK NIE
- inne..... TAK NIE

w obecności opiekuna faktycznego.....
(imię i nazwisko, PESEL lub data urodzenia)

.....
(nr dokumentu tożsamości opiekuna faktycznego)

.....
Miejscowość, data, czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

.....
Podpis osoby przyjmującej oświadczenie