## Oświadczenie OPIEKUNA PRAWNEGO pacjenta do 18 roku życia - stałe

Stałe 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**<br>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**<br>lub data urodzenia w razie braku PESEL | | | | P | E | S | E | L | | | | Data urodzenia |
| **Adres zamieszkania** | | | | | | | | | | | | |
| **telefon** | | | | | | | | | | | | |

| oświadczam, że wyrażam zgodę na: | TAK | NIE |
|---|---|---|
| 1. Przeprowadzenie konsultacji lekarskiej, badania diagnostyczne bez ingerencji w integralność fizyczną pacjenta (np. USG), a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich | ☐ | ☐ |
| 2. Przeprowadzenie konsultacji oraz usług stomatologicznych | ☐ | ☐ |
| 3. Przeprowadzenie wizyty ginekologicznej wraz z badaniem | ☐ | ☐ |
| 4. Pobranie krwi i/lub wydzielin organizmu | ☐ | ☐ |
| 5. Odebranie recepty na leki zaordynowane w trakcie wizyty | ☐ | ☐ |
| 6. Fizjoterapię | ☐ | ☐ |
| 7. Wykonanie szczepienia* (*wymaga wypełnienia ankiety) | ☐ | ☐ |
| 8. Uzyskania przez opiekuna faktycznego informacji o stanie zdrowia | ☐ | ☐ |

inne……

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