

.....
Imię i nazwisko

.....
PESEL lub nr dokumentu tożsamości

.....
Numer telefonu

.....
Adres zamieszkania

.....
Stosunek przedstawiciela ustawowego
do małoletniego

....., data

OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA DO 18 ROKU ŻYCIA

Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego w obecności opiekuna faktycznego oraz na udzielenie opiekunowi faktycznemu informacji.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na:

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|---|
| 1. Konsultację lekarską, badania diagnostyczne bez ingerencji w integralność fizyczną pacjenta (np.USG), a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich | ☐ TAK | ☐ NIE | |
| 2.Rehabilitację | ☐ TAK | ☐ NIE | ☐ jednorazowo ☐ na cały cykl zabiegów |
| 3.Pobranie krwi i/lub wydzielin organizmu | ☐ TAK | ☐ NIE | |
| 4.Odebranie recepty na leki zaordynowane w trakcie wizyty | ☐ TAK | ☐ NIE | |

UWAGA: w przypadku dzieci do 6 r.ż. zalecany jest udział opiekuna prawnego, jednak w sytuacjach uzasadnionych - zdefiniowanych przez opiekuna prawnego dopuszcza się udział opiekuna faktycznego po podpisaniu niniejszego Oświadczenia

W dniu (data usługi medycznej) dla:

.....
(Imię i nazwisko małoletniego pacjenta, PESEL lub data urodzenia)

w obecności opiekuna faktycznego:

.....
(Imię i nazwisko, PESEL lub data urodzenia)

.....
nr dokumentu tożsamości opiekuna

Oświadczam, że wyrażam zgodę także na:

Udzielenie ww. ww. opiekunowi faktycznemu informacji o stanie zdrowia pacjenta małoletniego, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

.....
Podpis osoby przyjmującej oświadczenie