



.....
(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(PESEL lub nr dokumentu tożsamości)

.....
Stosunek przedstawiciela ustawowego
do małoletniego (np. matka, ojciec)

.....,
(miejscowość)

.....
(data)

Oświadczenie przedstawiciela ustawowego pacjenta do 18 roku życia

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

Oświadczam, że:

1. wyrażam zgodę na konsultację lekarską, przeprowadzenie badań diagnostycznych oraz udzielenie wszelkich świadczeń zdrowotnych, w tym szczepień ochronnych

.....
(imię i nazwisko małoletniego pacjenta oraz PESEL).

w obecności opiekuna faktycznego (np. babcia, dziadek):

.....
(imię i nazwisko opiekuna faktycznego oraz PESEL)

.....
(podpis przedstawiciela ustawowego)

2. wyrażam zgodę na udzielenie ww. opiekunowi faktycznemu informacji o stanie zdrowia pacjenta małoletniego, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych oraz leczniczych, dających się przewidzieć następstw ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia, rokowaniu oraz odbioru innej dokumentacji medycznej (w tym recepty, opinie lekarskie, skierowanie na badania dodatkowe itp.)

.....
(podpis przedstawiciela ustawowego)

3. wyrażam zgodę na samodzielną wizytę ww. pacjenta małoletniego wieku 16-18 lat

.....
(data usługi medycznej)

oraz na badanie lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego bez mojej obecności w
NZOZ PRIMA-MED, POZ, w Przychodni Lekarzy Rodzinnych, ul. Łąkowa 2, 62-070
Dopiewo

.....
(podpis przedstawiciela ustawowego)