

\_\_\_\_\_  
pieczętka podmiotu leczniczego

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_ r.  
miejsowość

**Zgoda przedstawiciela ustawowego na udzielenie świadczenia  
zdrowotnego (bez szczepienia) pacjentowi w wieku od 16 do 18 roku życia  
bez obecności przedstawiciela ustawowego, bądź opiekuna faktycznego**

Przedstawiciel ustawowy Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

**Pacjent Imię i nazwisko:** .....

PESEL: .....

**Oświadczam, że** wyrażam zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego w postaci badania lekarskiego i konsultacji lekarskiej wraz z odebraniem recepty na leki zaordynowane w trakcie wizyty / opinii i orzeczenia lekarskiego /zaleceń lekarskich/konsultacji pielęgniarskiej/ pobrania krwi/badania diagnostycznego\*

\* niepotrzebne skreślić

jednorazowo w dniu wykonania usługi medycznej dnia.....

do ukończenia 18 r. ż.

bez obecności przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego.

**Oświadczam, że** wyrażam zgodę na udzielenie ww. małoletniemu Pacjentowi informacji o stanie jego zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

.....  
Data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie (przedstawiciela ustawowego dziecka)