

_____ ,
pieczętka podmiotu leczniczego

_____, dnia _____ r.
miejsowość

Zgoda przedstawiciela ustawowego na udzielenie świadczenia zdrowotnego pacjentowi (bez szczepienia) w wieku do 18 roku życia oraz na udzielenie opiekunowi faktycznemu informacji

Przedstawiciel ustawy 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..... na stałe

Dane osoby upoważnionej

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Telefon:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie opiekunowi faktycznemu informacji o stanie zdrowia Pacjenta małoletniego, 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)