

Oświadczenie przedstawiciela ustawowego pacjenta do 18 roku życia  
Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego w obecności opiekuna faktycznego oraz na  
udzielenie opiekunowi faktycznemu informacji

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Miejscowość i data

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Adres zamieszkania

.....  
PESEL lub nr dok. Tożsamości

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

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego polegającego na:

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Badaniu  | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 2. Udzieleniu porady lekarskiej                   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 3. Leczeniu stomatologicznym zęba                 | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 4. Wykonaniu znieczulenia                         | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 5. Wykonaniu RTG zęba                             | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 6. Czynnościach technicznych w zakresie protetyki | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

W dniu .....

.....  
Data usługi medycznej

Dla .....

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

W obecności opiekuna faktycznego:

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

Nr dokumentu tożsamości opiekuna .....

A także

7. Na udzielenia 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 .....