

Oświadczenie przedstawiciela ustawowego pacjenta w wieku od 16 do 18 roku życia
Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego bez przedstawiciela ustawowego bądź
opiekuna faktycznego pacjenta w wieku od 16 do 18 lat

.....
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. Konsultacje lekarską u lekarza
 - Internisty TAK NIE
 - Pediatri TAK NIE
 - Rodzinnego TAK NIE
2. Przegląd stomatologiczny TAK 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

Miejscowość, data, czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie