

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

NAZWISKO .....

IMIĘ .....

ADRES .....

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Oświadczam, że wyrażam zgodę na:

- 1.Konsultacje lekarską, badania diagnostyczne bez ingerencji w integralność fizyczną pacjenta (np.USG),  
a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich: TAK NIE
- 2.Rehabilitację: TAK NIE
- 3.Pobranie krwi i/lub wydzielin organizmu: TAK NIE
- 4.Odebranie recepty na leki zaordynowane w trakcie wizyty: TAK NIE
- 5.Wykonanie szczepienia ..... TAK NIE

W dniu .....(data usługi medycznej)

Dla

NAZWISKO .....

IMIĘ .....

ADRES .....

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

W obecności opiekuna faktycznego:

NAZWISKO .....

IMIĘ .....

ADRES .....

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr dokumentu tożsamości opiekuna .....

A także

7.Na udzielenie 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 oświadczeni

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie