

**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 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

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