

**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**

NAZWISKO

IMIĘ

ADRES

PESEL

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

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

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

1.Konsultacji lekarskiej u lekarza

Internisty TAK NIE

Pediatry TAK NIE

Rodzinnego TAK NIE

2.Prześwietlaniu stomatologicznym TAK NIE

W dniu(data usługi medycznej)

Dla

NAZWISKO

IMIĘ

ADRES

PESEL

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

W obecności opiekuna faktycznego:

NAZWISKO

IMIĘ

ADRES

PESEL

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

Nr dokumentu tożsamości opiekuna

.....

Miejscowość, data, czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

.....

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie