

## Oświadczenie opiekuna prawnego pacjenta do 18 roku życia – jednorazowe

Jednorazowe upoważnienie przedstawiciela ustawowego pacjenta małoletniego skorzystanie z badań lub innych świadczeń medycznych w obecności opiekuna faktycznego małoletniego oraz na udzielenie informacji o stanie zdrowia małoletniego.

Imię i nazwisko pacjenta .....

PESEL (lub data urodzenia) .....

Adres zamieszkania .....

Ja, niżej podpisana/ny OPIEKUN PRAWNY ww. dziecka

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego .....

PESEL (lub data urodzenia) .....

Adres zamieszkania .....

Telefon .....

oświadczam, że wyrażam zgodę na jednorazowe: TAK NIE

1. Przeprowadzenie konsultacji lekarskiej, badania diagnostyczne bez ingerencji w integralność fizyczną pacjenta (np. USG), a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich

2. Przeprowadzenie konsultacji oraz usług stomatologicznych

3. Pobranie krwi i/lub wydzielin organizmu

4. Odebranie recepty na leki zaordynowane w trakcie wizyty

5. Fizjoterapię

6. Wykonanie szczepienia\* (\*wymaga wypełnienie ankiety)

7. Uzyskanie przez opiekuna faktycznego informacji o stanie zdrowia

Inne .....

w obecności opiekuna faktycznego.....

(imię, nazwisko, PESEL lub data urodzenia)

.....

(nr dokumentu tożsamości opiekuna faktycznego)

.....  
Miejscowość, data, czytelny podpis osoby składającej podpis

.....  
Podpis osoby przyjmującej oświadczenie