

Miejscowość....., data.....

Imię i nazwisko:

.....
.....

PESEL lub dokument tożsamości:

.....

Adres zamieszkania:

.....
.....

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

.....

**OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA
W WIEKU OD 16 DO 18 ROKU ŻYCIA -**

Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego bez obecności
przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego
pacjenta

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie świadczenia
zdrowotnego:

1. Konsultację lekarską u

lekarza:.....

2. Badanie.....

.....

3. Inne

.....

.....

.....
.....
(imię i nazwisko małoletniego pacjenta, data urodzenia, PESEL)

w dniu (data usługi medycznej) bez
obecności przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego ww.
pacjenta małoletniego.

.....

.....

Miejscowość, data, czytelny podpis osoby składającej podpis

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie

WDM/0562