

.....
(miejscowość, data)

Zgoda przedstawiciela ustawowego pacjenta do pacjenta niepełnoletniego/ubezważnionego na:

- wizyty pacjenta w obecności wskazanego opiekuna faktycznego (0-18 r.ż)
- samodzielne wizyty pacjenta (16-18 r.ż.)

.....
Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL lub nr dokumentu tożsamości

Stosunek przedstawiciela ustawowego do niepełnoletniego:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na badanie lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego bez mojej obecności u:

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

.....
(adres)

.....
(PESEL/data urodzenia)

w
(nazwa poradni)

a w obecności opiekuna faktycznego (nie wypełniać w przypadku zgody na samodzielne wizyty pacjenta):

.....
Imię i nazwisko opiekuna faktycznego

.....
Adres

.....
PESEL lub nr dokumentu tożsamości

.....
Podpis osoby przyjmującej oświadczenie

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie