

.....  
(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