

.....
(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