

## JEDNORAZOWE UPOWAŻNIENIE DO OBECNOŚCI OPIEKUNA FAKTYCZNEGO PRZY BADANIU MAŁOLETNIEGO

Zgoda przedstawiciela ustawowego małoletniego pacjenta na udział opiekuna faktycznego w badaniach lub innych świadczeniach medycznych oraz na udzielanie mu informacji o stanie zdrowia małoletniego.

Ja \_\_\_\_\_

*(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)*

niżej podpisany/a legitymujący/a się: \_\_\_\_\_ seria: \_\_\_\_\_ nr: \_\_\_\_\_,

*(nazwa dokumentu tożsamości)*

o numerze PESEL \_\_\_\_\_,

zamieszkały/a \_\_\_\_\_,

telefon kontaktowy \_\_\_\_\_,

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym – rodzicem/opiekunem prawnym: \_\_\_\_\_,

*(imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego)*

data ur. \_\_\_\_\_, nr PESEL: \_\_\_\_\_.

Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na:

u mojego dziecka w obecności OPIEKUNA FAKTYCZNEGO:

*(imię i nazwisko opiekuna faktycznego)*

o numerze PESEL \_\_\_\_\_,

legitymującego się: \_\_\_\_\_ seria: \_\_\_\_\_ nr: \_\_\_\_\_,

*(nazwa dokumentu tożsamości)*

telefon kontaktowy \_\_\_\_\_,

oraz wyrażam zgodę na:

- interwencję lekarską w przypadku wystąpienia reakcji niepożądaney na zastosowaną terapię (reakcja alergiczna itp.)
- uzyskania przez ww. opiekuna faktycznego informacji o stanie zdrowia ww. małoletniego
- odbioru przez ww. opiekuna faktycznego wyników badań ww. małoletniego
- odbioru przez ww. opiekuna faktycznego innej dokumentacji medycznej (w tym recepty, opinii lekarskie, skierowania na badania dodatkowe) dotyczącej/przeznaczonej dla ww. małoletniego.

\_\_\_\_\_  
Miejscowość, data

\_\_\_\_\_  
podpis składającego oświadczenie