

ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO NA SAMODZIELNĄ WIZYTĘ LEKARSKĄ PACJENTA MAŁOLETNIEGO (POWYŻEJ 16. ROKU ŻYCIA)

1. 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/opiekunem prawnym*:

(imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego)

data ur. _____, nr PESEL: _____.

2. Jako przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny*: _____

(imię i nazwisko pacjenta małoletniego)

wyrażam zgodę na jednorazową wizytę lekarską bez mojej obecności w dniu: _____

mojego/mojej _____ u _____

(córki/syna)

(imię i nazwisko lekarza bądź specjalizacja)

z przeprowadzeniem badania lekarskiego, udzieleniem świadczenia zdrowotnego i przekazaniem zaleceń oraz informacji.

3. Zobowiązuję się do pokrycia wszelkich kosztów związanych z przeprowadzeniem tej wizyty lekarskiej, w tym badania lekarskiego lub udzielenia wskazanego świadczenia zdrowotnego.

Miejscowość, data

podpis składającego oświadczenie

* niepotrzebne skreślić