

ZGODA NA SAMODZIELNE WIZYTY PACJENTA, KTÓRY NIE UKOŃCZYŁ 18 LAT

Ja
nr PESEL:
(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)

legitymujący/a się: seria:
nr:
(nazwa dokumentu tożsamości)

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

.....
(imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego)

data ur.
nr PESEL:

i wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody**:

na usługę jednorazową w dniu:,
lub

na stałe udzielanie świadczeń medycznych bez mojej obecności.

Jednocześnie zobowiązuję się do pokrycia wszystkich kosztów związanych przeprowadzeniem badania
lub udzieleniem wskazanego świadczenia medycznego.

.....
Miejscowość data

.....
podpis składającego oświadczenie

*niepotrzebne skreślić (w przypadku opiekuna prawnego konieczne jest przy składaniu oświadczenia przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawa do opieki nad pacjentem niepełnoletnim)

** właściwe zaznaczyć