



academy

UPOWAŻNIENIE DO OBECNOŚCI INNEJ NIŻ RODZIC OSOBY PRZY BADANIACH MAŁOLETNIEGO

Zgoda przedstawiciela ustawowego pacjenta małoletniego na skorzystanie z badań lub innych świadczeń medycznych w obecności opiekuna faktycznego małoletniego oraz na udzielenie informacji o stanie zdrowia małoletniego.

Ja, niżej podpisana/y,
posługująca/y się
numerem PESEL, zamieszkała/y w
przy ul.,
przedstawiciel ustawowy oświadczam, że wyrażam zgodę
na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego
PESEL..... (ew.data urodzenia)
- przeprowadzenie konsultacji lekarskiej w dniu,
- pobranie krwi w dniu,
- przeprowadzenie badań diagnostycznych w dniu.....,
- inne.....,
w obecności opiekuna faktycznego pani/pana.....,
numer
PESEL....., ww. pacjenta małoletniego oraz do
- uzyskania przez ww. opiekuna faktycznego informacji o stanie zdrowia ww.
małoletniego i
przeprowadzonych badaniach oraz udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych
- odbioru przez ww. opiekuna faktycznego wyników badań ww. małoletniego
przeprowadzonych w dniu,
- odbioru przez ww. opiekuna faktycznego innej dokumentacji medycznej (w tym
recepty, opinie lekarskie, skierowania na badania dodatkowe)
dotyczącej/przeznaczonej dla ww. małoletniego.

.....
Data, Podpis przedstawiciela ustawowego

