

**Oświadczenie przedstawiciela ustawowego pacjenta do 18 roku życia  
Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego w obecności opiekuna faktycznego oraz na  
udzielenie opiekunowi faktycznemu informacji.**

---

Ja, niżej podpisany:

*Imię i nazwisko, adres zamieszkania:*

.....  
.....

*PESEL:*

.....

*Stosunek prawny do małoletniego (np. ojciec; matka):*.....

.....

**oświadczam, że wyrażam zgodę na konsultację lekarską, przeprowadzenie badań diagnostycznych oraz udzielenie wszelkich świadczeń zdrowotnych**

w dniu (data usługi medycznej).....

dla:

*(imię i nazwisko małoletniego pacjenta, PESEL lub, w przypadku braku, data urodzenia):*

.....  
.....

w obecności opiekuna faktycznego:

*(imię i nazwisko, PESEL, nr dokumentu tożsamości):*

.....  
.....  
.....

Oświadczam również, że wyrażam zgodę na udzielenie ww. opiekunowi faktycznemu informacji o stanie zdrowia pacjenta małoletniego, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

.....  
*/Data i podpis przedstawiciela ustawowego/*