

**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/