

Oświadczenie opiekuna prawnego pacjenta do 18 roku życia – jednorazowe

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

Imię i nazwisko pacjenta
PESEL (lub data urodzenia)
Adres zamieszkania

Ja, niżej podpisana/ny OPIEKUN PRAWNY ww. dziecka

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego
PESEL (lub data urodzenia)
Adres zamieszkania
Telefon

oświadczam, że wyrażam zgodę na jednorazowe: TAK NIE

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Przeprowadzenie konsultacji lekarskiej, badania diagnostyczne bez ingerencji w integralność fizyczną pacjenta (np. USG), a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Przeprowadzenie konsultacji oraz usług stomatologicznych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Pobranie krwi i/lub wydzielin organizmu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Odebranie recepty na leki zaordynowane w trakcie wizyty | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Fizjoterapię | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Wykonanie szczepienia* (*wymaga wypełnienie ankiety) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Uzyskanie przez opiekuna faktycznego informacji o stanie zdrowia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Inne

w obecności opiekuna faktycznego.....
(imię, nazwisko, PESEL lub data urodzenia)

.....
(nr dokumentu tożsamości opiekuna faktycznego)

.....
Miejscowość, data, czytelny podpis osoby składającej podpis

.....
Podpis osoby przyjmującej oświadczenie