

Miejscowość....., data.....

## OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA W WIEKU OD 6 DO 18 ROKU ŻYCIA

Imię i nazwisko: .....

PESEL lub dokument tożsamości: .....

Adres zamieszkania: .....

Stosunek przedstawiciela ustawowego do małoletniego (np. ojciec, matka): .....

### Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego w obecności opiekun faktycznego oraz na udzielenie opiekunowi faktycznemu informacji

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego w postaci badania i kwalifikacji lekarskiej, opinii i orzeczenia lekarskiego, szczepienia

.....

(imię i nazwisko małoletniego pacjenta, data urodzenia, pesel)

jednorazowo w dniu ..... (data usługi medycznej)

na stałe

w obecności opiekuna faktycznego .....

(imię, nazwisko, pesel lub data urodzenia)

legitymującego się dokumentem tożsamości w postaci ..... o numerze .....

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

Zostałem/łam poinformowana, że warunkiem szczepienia w obecności opiekuna faktycznego jest udzielenie odpowiedzi przez opiekuna ustawowego na pytania zawarte w ankiecie przed szczepieniem, którą dołączam do mojego oświadczenia

.....  
Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie  
(opiekun ustawowego dziecka)