

Zgoda przedstawiciela ustawowego (rodzica/ opiekuna prawnego) na:

- wizyty pacjenta w obecności wskazanego opiekuna (0-18 lat)*
- samodzielne wizyty pacjenta (16-18 lat)*

.....
(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego)

.....
(adres zamieszkania)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(PESEL)

.....
(Stosunek do niepełnoletniego/ubezważnionego, np. ojciec, matka, opiekun prawny)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na badanie lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego **bez mojej obecności** u:

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

W
(nazwa poradni)

a w obecności opiekuna faktycznego (nie wypełniać w przypadku zgody na samodzielne wizyty)

.....
(imię i nazwisko opiekuna faktycznego)

.....
(adres zamieszkania)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(PESEL/ data urodzenia)

.....
(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

*właściwe zaznaczyć