

**UPOWAŻNIENIE DO OBECNOŚCI INNEJ NIŻ RODZIC OSOBY PRZY
BADANIACH MAŁOLETNIEGO**

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

Ja, niżej podpisana/y, posługująca/y się
numerem PESEL, zamieszkała/y w
przy ul.,

przedstawiciel ustawowy oświadczam, że wyrażam zgodę
na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego

PESEL..... (ew.data urodzenia)

- przeprowadzenie konsultacji lekarskiej w dniu,
- pobranie krwi w dniu,
- przeprowadzenie badań diagnostycznych w dniu.....,
- inne.....,

w obecności opiekuna faktycznego pani/pana....., numer

- PESEL....., ww. pacjenta małoletniego oraz do
- uzyskania przez w. opiekuna faktycznego informacji o stanie zdrowia ww. małoletniego i
przeprowadzonych badaniach oraz udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych
- odbioru przez ww. opiekuna faktycznego wyników badań ww. małoletniego

przeprowadzonych w dniu,

- odbioru przez ww. opiekuna faktycznego innej dokumentacji medycznej (w tym recepty,
opinie lekarskie, skierowania na badania dodatkowe) dotyczącej/przeznaczonej dla ww.
małoletniego.

.....
Data, Podpis przedstawiciela ustawowego