

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, postępująca/y się numerem PESEL, zamieszkała/y w przy ul.,

jako przedstawiciel ustawy 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 ww. 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

