

## 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 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