

ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO NA BADANIE NIELETNICH

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 pacjenta:

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

**W Przychodni Lekarza Rodzinnego „Rodzina” sp. z o.o.
al. Lotników Polskich 22; 21-040 Świdnik**

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

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

.....
(adres zamieszkania)

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

PESEL

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie

.....
Podpis osoby przyjmującej oświadczenie