

Oświadczenie przedstawiciela ustawowego małoletniego

Dane przedstawiciela małoletniego Pacjenta

Imię i nazwisko

Rodzaj i nr dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miasto

Stosunek do małoletniego

☐

ojciec

☐

matka

Nr telefonu w razie potrzeby pilnego kontaktu

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonanie bez mojej obecności niżej wymienionych, niezwiązanych z podwyższonym ryzykiem świadczeń medycznych, takich jak:

☐

zebranie wywiadu i badanie lekarskie,

☐

wykonanie nieinwazyjnych badań dodatkowych (np. pomiar ciśnienia, EKG, RTG, badanie moczu, USG przez powłoki ciała),

☐

pobranie krwi do badań laboratoryjnych,

☐

doraźne podanie leku w postaci tabletki lub zastrzyku,

☐

wydanie recepty na zaordynowane leki,

☐

wydanie zaświadczenia lekarskiego,

☐

wykonanie zabiegów rehabilitacyjnych,

☐

ewentualnie innych konkretnych świadczeń medycznych:

lub/i zaznaczam brak zgody na wykonanie konkretnych świadczeń medycznych (należy wpisać jeżeli występują):

Wobec pozostającego pod moją opieką małoletniego:

Imię i nazwisko małoletniego

PESEL / Data urodzenia

☐

zgoda jest jednorazowa – proszę wskazać termin wizyty:

Termin wizyty

☐

zgoda jest ogólna – obowiązuje do czasu odwołania przez przedstawiciela ustawowego

Data i podpis przedstawiciela ustawowego składającego oświadczenie

Podpis przyjmującego oświadczenie (pracownika POLMED)