POLMED®

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 ..... Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego ,

posługująca/y się numerem PESEL ..... PESEL , zamieszkała/y w ..... Miejscowość

przy ul. ..... Adres zamieszkania ,

jako przedstawiciel ustawowy Pacjenta małoletniego

..... Imię i nazwisko Pacjenta małoletniego , PESEL/data urodzenia ..... PESEL / Data urodzenia małoletniego

oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania

lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego w obecności opiekuna

Pani/Pana ..... Imię i nazwisko opiekuna , numer PESEL ..... PESEL opiekuna ,

ww. Pacjenta małoletniego.

☐ **zgoda jest jednorazowa** - proszę wskazać termin wizyty: ..... Termin wizyty

☐ **zgoda jest ogólna** - obowiązuje do czasu odwołania przez przedstawiciela ustawowego

.....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego