



ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO) NA:

- wizyty pacjenta w obecności wskazanego opiekuna (0-18lat)
- samodzielne wizyty pacjenta

.....
Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
Stosunek do niepełnoletniego/ ubezwłasnowolnionego (np. matka, ojciec, opiekun prawny)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na badanie lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego **bez mojej obecności** u:

Imię i nazwisko pacjenta

W
nazwa poradni

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

.....
Imię i nazwisko opiekuna faktycznego

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL/ data urodzenia

.....
Podpis osoby przyjmującej oświadczenie

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie