

Konstancin-Jeziorna, dnia .....

**Zgoda przedstawiciela ustawowego na udzielenie świadczenia zdrowotnego (bez szczepienia)  
Pacjentowi w wieku do 18 roku życia oraz na udzielenie opiekunowi faktycznemu informacji**

Przedstawiciel ustawowy Imię i nazwisko ..... PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Pacjent Imię i nazwisko ..... PESEL .....

**Oświadczam, że** wyrażam zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego w postaci badania lekarskiego i konsultacji lekarskiej wraz z odebraniem recepty na leki zaordynowane w trakcie wizyty / opinii i orzeczenia lekarskiego /zaleceń lekarskich/konsultacji pielęgniarstwa/ pobrania krwi/badania diagnostycznego\*

\* niepotrzebne skreślić

jednorazowo w dniu wykonania usługi medycznej dnia .....  na stałe**Dane osoby upoważnionej**

Imię i nazwisko ..... PESEL .....

Adres zamieszkania ..... Telefon .....

**Oświadczam, że** wyrażam zgodę na udzielenie opiekunowi faktycznemu informacji o stanie zdrowia Pacjenta małoletniego, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu......  
*Data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie (przedstawiciela ustawowego dziecka)*