

Konstancin-Jeziorna, dnia.....

**Zgoda przedstawiciela ustawowego na udzielenie świadczenia zdrowotnego (bez szczepienia)  
Pacjentowi w wieku od 16 do 18 roku życia bez obecności przedstawiciela ustawowego, bądź  
opiekuna faktycznego**

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 pielęgniarskiej/ pobrania krwi/badania diagnostycznego\*

\* niepotrzebne skreślić

jednorazowo w dniu wykonania usługi medycznej dnia .....

 do ukończenia 18 r. ż.

bez obecności przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego.

**Oświadczam, że** wyrażam zgodę na udzielenie ww. małoletniemu Pacjentowi informacji o stanie jego zdrowia, 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)*