

Konstancin-Jeziorna, dnia .....

**Zgoda przedstawiciela ustawowego na udzielenie świadczenia zdrowotnego w postaci kwalifikacji i szczepienia Pacjentowi w wieku od 6 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, konsultacji i kwalifikacji lekarskiej wraz ze szczepieniem** oraz odebranie recepty na leki zaordynowane w trakcie wizyty / opinii i orzeczenia lekarskiego /zaleceń lekarskich/konsultacji pielęgniarskiej/

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

w obecności:

**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)*