

ZGODA RODZICA/PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA MAŁOLETNIEGO DO 18 ROKU ŻYCIA
NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO
Z ZAKRESU MEDYCZYNY SPORTOWEJ W OBECNOŚCI TRENERA

Imię i nazwisko rodzica/przedstawiciela ustawowego

Pesel lub dokument tożsamości

Adres zamieszkania

Stosunek przedstawiciela ustawowego do małoletniego (np. ojciec, matka)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego w postaci konsultacji lekarskiej z badaniem (wpisać nazwę badania jeśli dotyczy) z zakresu medycyny sportowej wraz z odebraniem opinii/orzeczenia lekarskiego

.....
(imię i nazwisko małoletniego pacjenta, data urodzenia, pesel)
jednorazowo w dniu,..... (data usługi medycznej) w obecności trenera
..... (imię i nazwisko trenera) jako opiekuna faktycznego ww.
pacjenta małoletniego podczas udzielania świadczenia medycznego.

.....
Data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie
(przedstawiciela ustawowego dziecka)