

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

 jednorazowo w dniu wykonania usługi medycznej dnia na stałe nie upoważniam nikogo**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)