

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)