

Zgoda przedstawiciela ustawowego (rodzic/opiekun prawny) na:

- wizyty pacjenta w obecności wskazanego opiekuna (0-18lat)*
- samodzielne wizyty pacjenta (16-18lat)*

.....
imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
stosunek do niepełnoletniego/ubezwłasnowolnionego (np. ojciec, matka, opiekun prawny)

**Oświadczam, iż wyrażam zgodę na badanie lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego bez
mojej obecności u:**

.....
imię i nazwisko pacjenta

W
nazwa poradni

a w obecności opiekuna (nie wypełniać w przypadku zgody na samodzielne wizyty pacjenta)

.....
imię i nazwisko opiekuna

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
podpis osoby przyjmującej oświadczenie

.....
podpis osoby składającej oświadczenie