

**UPOWAŻNIENIE DO OBECNOŚCI INNEJ NIŻ RODZIC OSOBY PRZY
BADANIACH MAŁOLETNIEGO**

Zgoda przedstawiciela ustawowego pacjenta małoletniego na skorzystanie z badań lub innych świadczeń medycznych w obecności opiekuna faktycznego małoletniego oraz na udzielenie informacji o stanie zdrowia małoletniego.

Ja, niżej podpisana/y,
posługująca/y się
numerem PESEL, zamieszkała/y w
przy ul.,
przedstawiciel ustawowy oświadczam, że wyrażam zgodę
na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego
małoletniego.....
PESEL..... (ew.data urodzenia)
- przeprowadzenie konsultacji lekarskiej ,
- pobranie krwi ,
- przeprowadzenie badań diagnostycznych ,
- wizyty u stomatologa
w obecności opiekuna faktycznego pani/pana.....,
numer PESEL.....
obecności opiekuna faktycznego pani/pana.....,
numer PESEL....., ww. pacjenta małoletniego oraz
do - uzyskania przez w. opiekuna faktycznego informacji o stanie zdrowia ww.
małoletniego i
przeprowadzonych badaniach oraz udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych
- odbioru przez ww. opiekuna faktycznego wyników badań ww. małoletniego

- odbioru przez ww. opiekuna faktycznego innej dokumentacji medycznej (w tym
recepty, opinie lekarskie, skierowania na badania dodatkowe)
dotyczącej/przeznaczonej dla ww. małoletniego.

.....
Data, Podpis przedstawiciela ustawowego