

....., dnia

OŚWIADCZENIE

przedstawiciela ustawowego pacjenta do 18 roku życia

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres (ul., kod, miasto)

.....
Rodzaj i nr dokumentu tożsamości

.....
Stosunek do małoletniego (np. ojciec; matka)

.....
Nr telefonu w razie konieczności pilnego kontaktu

Oświadczam, że wyrażam zgodę na:

- 1) konsultację lekarską, badania diagnostyczne bez ingerencji w integralność fizyczną pacjenta (np. usg), a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich): TAK NIE
- 2) Rehabilitację TAK NIE
- 3) pobrania krwi i/lub wydzielin organizmu TAK NIE
- 4) odebranie recepty na leki zaordynowane w trakcie wizyty TAK NIE

.....
(imię i nazwisko małoletniego)

w dniu:
(data usługi medycznej)

w obecności opiekuna faktycznego:
(imię i nazwisko)

Nr dokumentu tożsamości opiekuna:.....

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie

.....
Podpis osoby przyjmującej oświadczenie