

Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego) lub opiekuna faktycznego.

1. Imię i nazwisko
2. PESEL lub nr dokumentu tożsamości
3. Adres zamieszkania
4. Stosunek do małoletniego.....

**Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego bez obecności przedstawiciela
ustawowego (rodzina/opiekuna prawnego) bądź opiekuna faktycznego.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lekarskiego lub/i udzielenie innego świadczenia zdrowotnego w dniu bez obecności przedstawiciela ustawowego (rodzica/przedstawiciela ustawowego) lub opiekun faktycznego pacjenta małoletniego.

.....
(imię i nazwisko małoletniego pacjenta, PESEL/data urodzenia)
.....

.....
(miejsowość, data, czytelny podpis osoby składającej oświadczenie:)

Zgoda pacjenta, który ukończył 16 lat na przeprowadzenie badania lekarskiego lub/i udzielenie innego świadczenia zdrowotnego:

.....
(miejsowość, data, czytelny podpis)