

OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA NIEPEŁNOLETNIEGO

- ZGODA NA WIZYTY PACJENTA W OBECNOŚCI WSKAZANEGO OPIEKUNA FAKTYCZNEGO
- ZGODA NA SAMODZIELNE WIZYTY PACJENTA, KTÓRY UKOCZYŁ 16 LAT

Ja.....
imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego

Adres: Ulica: nr.....
Kod pocztowy: ___ - ___ - ___ Miejscowość:

PESEL: _____ **TELEFON:**

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym- rodzicem/opiekunem prawnym*

Imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego:.....

PESEL: _____

i wyrażam zgodę na przeprowadzenie u Niej/Niego następujących świadczeń medycznych bez mojej obecności:

- KONSULTACJA LEKARSKA, JAKA U KOGO.....
- BADANIE DIAGNOSTYCZNE
- FIZJOTERAPIA
- INNE, JAKIE.....
- W OBECNOŚCI WSKAZANEGO **OPIEKUNA FAKTYCZNEGO:**

Oświadczam również, że wyrażam zgodę na udzielenie ww. opiekunowi faktycznemu informacji o stanie zdrowia pacjenta małoletniego, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

Data, czytelny podpis przedstawiciela ustawowego**

Data, czytelny podpis osoby przyjmującej oświadczenie

* niepotrzebne skreślić (w przypadku opiekuna prawnego konieczne jest przy składaniu oświadczenia przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawo do opieki nad pacjentem niepełnoletnim)

** oświadczenie dostarcza przedstawiciel ustawowy pacjenta