

.....
(miejsowość, data)

Zgoda przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego) na:

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

.....
(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego)

.....
(adres zamieszkania)

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(nr PESEL)

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

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

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

W
(nazwa poradni)

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

.....
(imię i nazwisko opiekuna faktycznego)

.....
(adres zamieszkania)

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(nr PESEL / data urodzenia)

.....
(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

* właściwie zaznaczyć