

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, postępująca/y się numerem PESEL, zamieszkała/y w przy ul., przedstawiciel ustawowy oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego PESEL..... (ew. data urodzenia)

- przeprowadzenie konsultacji lekarskiej w dniu,
- pobranie krwi w dniu,
- przeprowadzenie badań diagnostycznych w dniu.....,
- inne....., w obecności opiekuna faktycznego pani/pana....., numer PESEL....., ww. pacjenta małoletniego oraz do
- uzyskania przez ww. 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 przeprowadzonych w dniu,
- 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