

Miejscowość…………………….…., data………………….

Imię i nazwisko: …………………………………………………………………………………………………………………………........

PESEL lub dokument tożsamości: ………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: …………………………………………………………………………………………………………………………

Stosunek przedstawiciela ustawowego do małoletniego (np. ojciec, matka): …………………………………..

**OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA**

**W WIEKU OD 16 DO 18 ROKU ŻYCIA -**Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego bez obecności przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego pacjenta

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego:

1. Konsultację lekarską u lekarza:……………………………………
2. Badanie………………………………………………………………
3. Inne …………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………
(imię i nazwisko małoletniego pacjenta, data urodzenia, PESEL)

w dniu .......................................................... (data usługi medycznej) bez obecności przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego ww. pacjenta małoletniego.

 ………………………………………………………………

Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

(opiekun ustawowego dziecka)

WDM/0562