

UPOWAŻNIENIE DO OBECNOŚCI OSOBY INNEJ NIŻ RODZIC 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 w. 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 i podpis przedstawiciela ustawowego