

Grodzisk Mazowiecki, dnia………………………………….

Zgoda przedstawiciela ustawowego na udzielenie świadczenia zdrowotnego (bez szczepienia) Pacjentowi w wieku od 16 do 18 roku życia bez obecności przedstawiciela ustawowego, bądź opiekuna faktycznego

Przedstawiciel ustawowy Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………...

PESEL: ………………………………………………………………………………………..……………………………………………………..

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

**Pacjent Imię i nazwisko:** …………………………………………………………………………………………………………………….

PESEL: ………………………………………………………………………………………..……………………………………………………..

**Oświadczam, że** wyrażam zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego w postaci badania

lekarskiego i konsultacji lekarskiej wraz z odebraniem recepty na leki zaordynowane w trakcie wizyty

/ opinii i orzeczenia lekarskiego /zaleceń lekarskich/konsultacji pielęgniarskiej/ pobrania krwi/badania diagnostycznego\*

\* niepotrzebne skreślić

jednorazowo w dniu wykonania usługi medycznej dnia……………………………..

□ do ukończenia 18 r. ż.

bez obecności przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego.

**Oświadczam, że** wyrażam zgodę na udzielenie ww. małoletniemu Pacjentowi informacji o stanie jego zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

..................................................................................................................................................................

Data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie (przedstawiciela ustawowego dziecka)