

....., dnia .....

# **OŚWIADCZENIE**

*przedstawiciela ustawowego pacjenta do 18 roku życia*

.....  
*Imię i nazwisko*

.....  
*Adres (ul., kod, miasto)*

.....  
*Rodzaj i nr dokumentu tożsamości*

.....  
*Stosunek do małoletniego (np. ojciec; matka)*

.....  
*Nr telefonu w razie konieczności pilnego kontaktu*

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na:**

- 1) konsultację lekarską, badania diagnostyczne bez ingerencji w integralność fizyczną pacjenta (np. usg), a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich):    TAK    NIE
- 2) Rehabilitację    TAK    NIE
- 3) pobrania krwi i/lub wydzielin organizmu    TAK    NIE
- 4) odebranie recepty na leki zaordynowane w trakcie wizyty    TAK    NIE

.....  
(imię i nazwisko małoletniego)

w dniu: .....  
(data usługi medycznej)

w obecności opiekuna faktycznego: .....  
(imię i nazwisko)

Nr dokumentu tożsamości opiekuna:.....

.....  
Podpis osoby składającej oświadczenie

.....  
Podpis osoby przyjmującej oświadczenie