

UPOWAŻNIENIE
do obecności innej niż OPIEKUN PRAWNY
osoby przy badaniu małoletniego do 18 roku życia



jednorazowe

stałe

.....
(nazwisko i imię małoletniego pacjenta)

.....
PESEL

Ja, niżej podpisana/ny opiekun prawny w/w dziecka

.....
(nazwisko i imię opiekuna prawnego)

.....
PESEL

.....
(adres zamieszkania)

oświadczam, że wyrażam zgodę na :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. konsultację lekarską | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 2. badanie diagnostyczne | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 3. pobranie krwi | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 4. odbiór recepty | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 5. odbiór dokumentacji medycznej | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 6. wykonanie szczepienia*/ iniekcji*/inhalacji* | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 7. udzielenie informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, wyników leczenia oraz rokowaniu | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |

u mojego dziecka w obecności opiekuna faktycznego :

.....
(nazwisko i imię)

.....
PESEL

.....
(adres zamieszkania)

.....
data

.....
podpis opiekuna prawnego