

Zgoda przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego na udzielenie świadczenia zdrowotnego pacjentowi w wieku od 16 do 18 roku życia bez obecności opiekuna faktycznego

Dane osobowe przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego:

Imie i nazwisko:
Adres zamieszkania:
Numer pesel lub typ i numer dokumentu tożsamości:
Stopień pokrewieństwa wyrażającego zgodę:

Oświadczam, że jako przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny wyrażam zgodę na realizację świadczenia medycznego:

1. Konsultację lekarską, a także wydanie opinii i orzeczeń lekarskich	tak	nie
2. Pobranie materiału do badań np. krwi	tak	nie
3. Wykonanie szczepienia (dotyczy poradni dzieci zdrowych z wyznaczonym terminem)	tak	nie
4. świadczeń w zakresie rehabilitacji :		
a) zabieg rehabilitacyjny jednorazowy w dniu:.....		
b) cykl ustalonych zabiegów rehabilitacyjnych: od..... do		
5. Konsultacji/usługi stomatologicznej:	tak	nie
a) konsultację lekarską (badanie)		
b) leczenie stomatologiczne w zakresie		
.....	tak	nie
c) wykonanie znieczulenia miejscowego	tak	nie
d) wykonanie badania radiologicznego (np.rtg, pantomogram)	tak	nie
e) wykonanie czynności związanych z ortodontcją	tak	nie

W dniu

Mojemu dziecku/wychowankowi/podopiecznemu:

Imię i nazwisko małoletniego, data urodzenia/numer pesel

Bez obecności przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego i opiekuna faktycznego.

.....Miejscowość, data,
 czytelny podpis składającego oświadczenie

.....Data i Podpis osoby
 przyjmującego dokument

* oznaczyć właściwe poprzez jednoznaczne zakreślenie