

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:

Imię 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:		
a) konsultację lekarską (badanie)	tak	nie
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

Dane osobowe będą przetwarzane przez PŚZ i PZ Elvita-Jaworzno III Sp. z o.o. w celach związanych ze świadczeniem usług medycznych. Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych przez PŚZ i PZ Elvita-Jaworzno III Sp. z o.o. znajdą Państwo na stronie www.elvita.pl

.....
Podpis pacjenta