

Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego)
lub opiekuna faktycznego

1. Imię i nazwisko

.....

2. PESEL lub nr dokumentu tożsamości

.....

3. Adres zamieszkania

.....

4. Stosunek do małoletniego

.....

**Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego bez obecności przedstawiciela
ustawowego (rodzina/opiekuna prawnego) bądź opiekuna faktycznego**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lekarskiego lub/i udzielenie
innego świadczenia zdrowotnego w dniu bez obecności
przedstawiciela ustawowego (rodzica/przedstawiciela ustawowego) lub opiekuna faktycznego
pacjenta małoletniego.

.....

(imię i nazwisko małoletniego pacjenta, PESEL/data urodzenia)

.....

(miejscowość, data, czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)