

Zgoda przedstawiciela ustawowego pacjenta małoletniego na skorzystanie z badań lub innych świadczeń medycznych w obecności opiekuna faktycznego małoletniego oraz na udzielenie informacji o stanie zdrowia małoletniego.

Ja, niżej podpisana/y

....., posługująca/y się numerem PESEL, zamieszkała/y w

..... przy

ul....., przedstawiciel ustawowy

oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie

innego świadczenia zdrowotnego w NZOZ Szpital Wielospecjalistyczny sp.zoo.

małoletniemu.....,

PESEL..... (ew.data urodzenia

.....)

- przeprowadzenie konsultacji lekarskiej w dniu,

- pobranie krwi w dniu,

- przeprowadzenie badań diagnostycznych w dniu.....,

-

inne.....

....,

w obecności opiekuna faktycznego

pani/pana....., numer

PESEL....., ww. pacjenta

małoletniego oraz do

- uzyskania przez w. opiekuna faktycznego informacji o stanie zdrowia ww. małoletniego i przeprowadzonych badaniach oraz udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych w NZOZ Szpital wielospecjalistyczny sp zoo

- odbioru przez ww. opiekuna faktycznego wyników badań ww. małoletniego przeprowadzonych w dniu,

- odbioru przez ww. opiekuna faktycznego innej dokumentacji medycznej (w tym recepty, opinie lekarskie, skierowania na badania dodatkowe) dotyczącej/przeznaczonej dla ww. małoletniego.

Podpis przedstawiciela ustawowego, data