

Oświadczenie opiekuna faktycznego

pacjenta małoletniego na skorzystanie z badań lub innych świadczeń medycznych oraz na udzielenie informacji o stanie zdrowia małoletniego.

Ja, niżej podpisana/y

.....,
posługująca/y się numerem PESEL,
zamieszkała/y w przy
ul....., **oświadczam**
/ pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych
oświadczeń/, że jestem opiekunem faktycznym/...../
i wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego
świadczenia zdrowotnego w NZOZ Szpital Wielospecjalistyczny
sp.zoo. w Gliwicach

małoletniemu.....,
PESEL..... (ew.data urodzenia
.....)

- przeprowadzenie konsultacji lekarskiej w dniu

.....,

- pobranie krwi w dniu,

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

-

inne.....
.....

Podpis oświadczającego

opiekuna/ki/ faktycznej, data

.....