

## UPOWAŻNIENIE DO OBECNOŚCI INNEJ OSOBY, NIŻ OPIEKUN PRAWNY PRZY BADANIACH MAŁOLETNIEGO

Imię i nazwisko małoletniego pacjenta: .....

PESEL: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ja, niżej podpisana/ny OPIEKUN PRAWNY ww. dziecka

Imię i nazwisko opiekuna prawnego: .....

PESEL: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 tel.: .....

Stosunek przedstawiciela ustawowego do małoletniego (np. ojciec, matka): .....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na:

- Przeprowadzenie konsultacji lekarskiej
- Przeprowadzenie badań diagnostycznych
- Przeprowadzenie szczepienia
- Inne : .....

U mojego dziecka w obecności OPIEKUNA FAKTYCZNEGO:

Imię i nazwisko opiekuna faktycznego: .....

PESEL: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wyrażam zgodę także na udzielenie ww. opiekunowi faktycznemu informacji o stanie zdrowia pacjenta małoletniego, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

.....  
Miejscowość i data Podpis Opiekuna Prawnego małoletniego pacjenta