

ZGODA NA SAMODZIELNE WIZYTY PACJENTA, KTÓRY UKOŃCZYŁ 16 LAT

Ja nr PESEL:
(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)

legitymujący/a się: seria: nr:
(nazwa dokumentu tożsamości)

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym – rodzicem/opiekunem prawnym*:

.....
(imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego)

data ur., nr PESEL:.....

i wyrażam zgodę:**

na usługę jednorazową w dniu:,

lub

na stałe udzielanie świadczeń medycznych bez mojej obecności.

Jednocześnie zobowiązuję się do pokrycia wszystkich kosztów związanych przeprowadzeniem badania lub udzieleniem wskazanego świadczenia medycznego.

.....
Miejscowość data

.....
podpis składającego oświadczenie

*niepotrzebne skreślić (w przypadku opiekuna prawnego konieczne jest przy składaniu oświadczenia przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawa do opieki nad pacjentem niepełnoletnim)

** właściwe zaznaczyć

FIZJO 4LIFE