Imię i nazwisko

_____

PESEL lub nr dokumentu tożsamości

_____

Adres zamieszkania

_____

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

_____

Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego bez obecności przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego pacjenta w wieku od 16 do 18 lat

Oświadczam, że wyrażam zgodę na dzielenie świadczenia medycznego:

Konsultację lekarską u lekarza:

Internisty TAK NIE *)

pediatry TAK NIE *)

rodzinnego TAK NIE *) *właściwe podkreślić*

Imię i nazwisko oraz PESEL małoletniego pacjenta

……

w dniu …….. data usługi medycznej bez obecności przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego w/w małoletniego pacjenta.

Data i podpis przedstawiciela ustawowego:

……