Oświadczenie przedstawiciela ustawowego pacjenta do 18 roku życia
Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego w obecności
opiekuna faktycznego
oraz na udzielenie opiekunowi faktycznemu informacji.

Ja, niżej podpisany:
Imię i nazwisko, adres zamieszkania:
……
……
PESEL:
……
Stosunek prawny do małoletniego (ojciec, matka)
……
oświadczam, że wyrażam zgodę na konsultację lekarską, przeprowadzenie badań diagnostycznych oraz udzielenie wszelkich świadczeń zdrowotnych

w dniu (data usługi medycznej) …….
dla:
(imię i nazwisko małoletniego pacjenta, PESEL lub, w przypadku braku, data urodzenia):
……
……
w obecności opiekuna faktycznego:
(imię i nazwisko, PESEL, nr dokumentu tożsamości):
……
……
……

Oświadczam również, że wyrażam zgodę 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.

……
/Data i podpis przedstawiciela ustawowego/