

**UPOWAŻNIENIE DO OBECNOŚCI INNEJ NIŻ RODZIC OSOBY PRZY BADANIACH  
MAŁOLETNIEGO**

**Zgoda przedstawiciela ustawowego pacjenta małoletniego na skorzystanie z badań lub innych świadczeń medycznych w obecności opiekuna faktycznego małoletniego oraz udzielenie informacji o stanie małoletniego**

Ja, niżej podpisana/y.....,

posługująca/y się numerem PESEL....., zamieszkała/y w.....

przy ulicy.....,

przedstawiciel ustawowy oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego

PESEL..... (ew. data urodzenia.....)

- przeprowadzenie konsultacji lekarskiej w dniu.....

- pobranie krwi w dniu.....

- przeprowadzenie badań diagnostycznych w dniu.....

- inne.....

w obecności opiekuna faktycznego pani/pana.....

numer PESEL....., ww. pacjenta małoletniego oraz do :

- uzyskania przez ww. opiekuna faktycznego informacji o stanie zdrowia ww. małoletniego i przeprowadzonych badaniach oraz udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych

- odbioru przez ww. opiekuna faktycznego innej dokumentacji medycznej ( w tym recepty, opinie lekarskie, skierowania na badania dodatkowe) dotyczącej/przeznaczonej dla ww. małoletniego

.....  
Data, Podpis przedstawiciela ustawowego