

UPOWAŻNIENIE DO OBECNOŚCI INNEJ NIŻ OPIEKUN PRAWNY OSOBY PRZY BADANIACH MAŁOLETNIEGO ORAZ NA UDZIELANIE INFORMACJI O STANIE ZDROWIA MAŁOLETNIEGO

Dane małoletniego:

IMIĘ NAZWISKO

PESEL

Ja, niżej podpisana/ny OPIEKUN PRAWNY ww. małoletniego:

IMIĘ NAZWISKO

PESEL

Stosunek przedstawiciela ustawowego do małoletniego (np. ojciec; matka).....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na:

- Przeprowadzenie konsultacji lekarskiej
- Przeprowadzenie badań diagnostycznych
- Pobranie krwi i/lub wydzielin organizmu
- Inne
 - uzyskania przez opiekuna faktycznego informacji o stanie zdrowia ww. małoletniego i przeprowadzonych badaniach oraz udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych
 - odbioru przez opiekuna faktycznego wyników badań ww. małoletniego
 - odbioru przez opiekuna faktycznego innej dokumentacji medycznej (w tym recepty, opinie lekarskie, skierowania na badania dodatkowe) dotyczącej/przeznaczonej dla ww. małoletniego.

w dniu

u małoletniego w obecności **OPIEKUNA FAKTYCZNEGO (upoważniony)**

IMIĘ NAZWISKO

PESEL

.....
Dnia:

.....
Podpis Opiekuna Prawnego małoletniego