

Upoważnienie **jednorazowe / bezterminowe** * do
obecności innej, niż **opiekun prawny**, osoby przy
badaniach małoletniego

Imię i nazwisko małoletniego pacjenta.....

PESEL.....

Ja, niżej podpisana/podpisany opiekun prawny w/w dziecka

Imię i nazwisko opiekuna prawnego.....

PESEL.....

numer telefonu.....

oświadczam, że wyrażam zgodę na *:

- przeprowadzenie konsultacji lekarskiej
- szczepień profilaktycznych do 18 roku życia
- pobranie krwi
- przeprowadzenie badań diagnostycznych
- odbioru wyników oraz wglądu do dokumentacji medycznej
- inne.....

u mojego dziecka w obecności następujących osób:

1. Imię i nazwisko osoby upoważnionej.....

data urodzenia/pesel

2. Imię i nazwisko osoby upoważnionej.....

data urodzenia/pesel

3. Imię i nazwisko osoby upoważnionej.....

data urodzenia/pesel

.....
data i podpis opiekuna prawnego małoletniego pacjenta

* - zaznaczyć właściwe