

Upoważnienie do obecności innej niż OPIEKUN PRAWNY osoby przy badaniach małoletniego

Imię i nazwisko małoletniego pacjenta

PESEL

Ja, niżej podpisana/ny OPIEKUN PRAWNY ww. dziecka

Imię i nazwisko opiekuna prawnego

PESEL

Adres zamieszkania

Oświadczam, że wyrażam zgodę na:

- Przeprowadzenie konsultacji lekarskiej
- Przeprowadzenie badań diagnostycznych
- Inne

U mojego dziecka w obecności OPIEKUNA FAKTYCZNEGO:

Imię i nazwisko opiekuna faktycznego

PESEL

Adres zamieszkania

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Opiekuna Prawnego małoletniego pacjenta