

ZOGDA NA SAMODZIELNE WIZYTY PACJENTA, KTÓRY UKOŃCZYŁ 16 LAT

Ja nr PESEL..... ,
(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)

legitymujący/a się: seria: nr..... ,
(nazwa dokumentu tożsamości)

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym – rodzicem/opiekunem prawnym*:

.....
(imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego)

data ur., nr PESEL:

.....

i wyrażam zgodę:**

na usługę jednorazową w dniu:,

lub

lub na stałe udzielanie świadczeń medycznych bez mojej obecności.

Jednocześnie zobowiązuję się do pokrycia wszystkich kosztów związanych z przeprowadzeniem badania lekarskiego lub udzieleniem wskazanego świadczenia medycznego***.

.....
Miejscowość data

.....
podpis składającego oświadczenie

* niepotrzebne skreślić (w przypadku opiekuna prawnego konieczne jest przy składaniu oświadczenia przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawa do opieki nad pacjentem niepełnoletnim)

** właściwe zaznaczyć

*** nie dotyczy świadczeń nieodpłatnych, do których pacjent posiada uprawnienia na podstawie odrębnej umowy (pakiet usług lub NFZ)