

## Upoważnienie do obecności innej niż OPIEKUN PRAWNY osoby przy badaniach małoletniego

Dane pacjenta małoletniego:

Imię: \_\_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_

Ja, niżej podpisana/ny OPIEKUN PRAWNY ww. dziecka

Imię: \_\_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_ Numer dowodu osobistego: \_\_\_\_\_

kod pocztowy: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Miejscowość: \_\_\_\_\_

Ulica: \_\_\_\_\_ nr. budynku \_\_\_\_\_ nr. mieszkania: \_\_\_\_\_

Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Oświadczam, że wyrażam zgodę na:

Przeprowadzenie konsultacji lekarskiej

Przeprowadzenie badań diagnostycznych

Inne \_\_\_\_\_

U mojego dziecka w obecności OPIEKUNA FAKTYCZNEGO:

Imię: \_\_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_ Numer dowodu osobistego: \_\_\_\_\_

kod pocztowy: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Miejscowość: \_\_\_\_\_

Ulica: \_\_\_\_\_ nr. budynku \_\_\_\_\_ nr. mieszkania: \_\_\_\_\_

Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
MIEJSCOWOŚĆ, DATA

\_\_\_\_\_  
PODPIS WNIOSKODAWCY