

ZGODA NA SAMODZIELNE WIZYTY PACJENTA, KTÓRY UKOŃCZYŁ 16 LAT

Ja Imię: _____ Nazwisko: _____

PESEL: _____ Numer dowodu osobistego: _____

kod pocztowy: _____ - _____ Miejscowość: _____

Ulica: _____ nr. budynku _____ nr. mieszkania: _____

Telefon kontaktowy: _____ - _____ - _____

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym - rodzicem / opiekunem prawnym*:

Imię: _____ Nazwisko: _____

PESEL: _____ Data urodzenia: _____ - _____ - _____

I wyrażam zgodę**:

Na usługę jednorazową w dniu: _____ - _____ - _____

Lub

na stałe udzielanie świadczeń medycznych bez mojej obecności

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

MIEJSCOWOŚĆ, DATA

PODPIS WNIOSKODAWCY

* 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)