



\_\_\_\_\_  
pieczętka podmiotu leczniczego

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_ r.  
miejsowość

**Zgoda przedstawiciela ustawowego na udzielenie świadczenia zdrowotnego w postaci kwalifikacji i szczepienia pacjentowi w wieku od 6 do 18 roku życia oraz na udzielenie opiekunowi faktycznemu informacji**

Przedstawiciel ustawowy Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Pacjent Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

**Oświadczam, że** wyrażam zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego w postaci **badania lekarskiego, konsultacji i kwalifikacji lekarskiej wraz ze szczepieniem** oraz odebranie recepty na leki zaordynowane w trakcie wizyty / opinii i orzeczenia lekarskiego /zaleceń lekarskich/konsultacji pielęgniarskiej/

jednorazowo w dniu wykonania usługi medycznej dnia.....  na stałe

w obecności:

**Dane osoby upoważnionej**

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon: .....

**Oświadczam, że** wyrażam zgodę na udzielenie opiekunowi faktycznemu informacji o stanie zdrowia Pacjenta małoletniego, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

.....

Data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie (przedstawiciela ustawowego dziecka)