

\_\_\_\_\_

(oznaczenie podmiotu)

\_\_\_\_\_

(data)

## OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

dotyczące \_\_\_\_\_ (imię i nazwisko), \_\_\_\_\_ (PESEL)

Ja, \_\_\_\_\_ (imię i nazwisko), \_\_\_\_\_ (PESEL)  
nie upoważniam nikogo/ upoważniam\* poniżej wskazane osoby mi bliskie do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka i udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

(imię i nazwisko, adres, ewentualnie telefon lub inne dane umożliwiające kontakt)

Jednocześnie nie upoważniam nikogo/ upoważniam\* poniżej wskazane osoby mi bliskie do uzyskiwania dokumentacji medycznej odnoszącej się do mojego dziecka:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

(imię i nazwisko)

Zarazem wyrażam zgodę na przeprowadzanie badań i udzielanie innych świadczeń zdrowotnych mieszczących się w zakresie świadczeń udzielanych przez podmiot. Zostałem poinformowany, że zgoda na poszczególne świadczenia zdrowotne może być wyrażana ustnie albo poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom. Powyższa zgoda nie dotyczy zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta.

\_\_\_\_\_

(podpis przedstawiciela ustawowego)

\* niepotrzebne skreślić