Oświadczenie opiekuna pacjenta małoletniego - CM Mediconcept Sp. z o.o.

Oświadczenie OPIEKUNA PRAWNEGO pacjenta do 18 roku życia - jednorazowe

Jednorazowe upoważnienie przedstawiciela ustawowego pacjenta małoletniego na skorzystanie z badań lub innych świadczeń medycznych w obecności opiekuna faktycznego małoletniego oraz na udzielenie informacji o stanie zdrowia małoletniego.

Imię i nazwisko małoletniego pacjenta												
PESEL lub data urodzenia w razie braku PESEL				P	E	S	E	L				Data urodzenia
Adres zamieszkania												

Ja, niżej podpisana/ny OPIEKUN PRAWNY ww. dziecka

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego												
PESEL lub data urodzenia w razie braku PESEL				P	E	S	E	L				Data urodzenia
Adres zamieszkania												
telefon												

oświadczam, że wyrażam zgodę na:	TAK	NIE
1. Przeprowadzenie konsultacji lekarskiej, badania diagnostyczne bez ingerencji w integralność fizyczną pacjenta (np. USG), a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich	☐	☐
2. Przeprowadzenie konsultacji oraz usług stomatologicznych	☐	☐
3. Przeprowadzenie wizyty ginekologicznej wraz z badaniem	☐	☐
4. Pobranie krwi i/lub wydzielin organizmu	☐	☐
5. Odebranie recepty na leki zaordynowane w trakcie wizyty	☐	☐
6. Fizjoterapię	☐	☐
7. Wykonanie szczepienia* (*wymaga wypełnienia ankiety)	☐	☐
8. Uzyskania przez opiekuna faktycznego informacji o stanie zdrowia	☐	☐

inne…….

w obecności opiekuna faktycznego ……..…….....

(imię i nazwisko, PESEL lub data urodzenia)

……

(nr dokumentu tożsamości opiekuna faktycznego)

……..… ……..…

Miejscowość, data, czytelny podpis osoby składającej oświadczenie — Podpis osoby przyjmującej oświadczenie