

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

Oświadczenie OPIEKUNA PRAWNEGO pacjenta do 18 roku życia - stałe

Stale 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Przeprowadzenie konsultacji oraz usług stomatologicznych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Przeprowadzenie wizyty ginekologicznej wraz z badaniem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Pobranie krwi i/lub wydzielin organizmu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Odebranie recepty na leki zaordynowane w trakcie wizyty | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Fizjoterapię | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Wykonanie szczepienia* (*wymaga wypełnienia ankiety) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Uzyskania przez opiekuna faktycznego informacji o stanie zdrowia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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