

Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
„Śródmieście” w Opolu
ul. Waryńskiego 30
45-047 Opole

.....
(miejscowość, data)

**Zgoda przedstawiciela ustawowego
(rodzica/opiekuna prawnego)**

**na
wizyty pacjenta w wieku 0 – 18 lat
w obecności opiekuna faktycznego**

Ja, niżej podpisany:
(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego)

zamieszkały:
(adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego)

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(nr PESEL przedstawiciela ustawowego)

będący:
(stosunek do małoletniego – np. matka, ojciec, opiekun prawny)

oświadczam, że **wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
w poradni:** (podać nazwę poradni)

obejmujących:

- 1) poradę lekarską,
- 2) badanie bilansowe, w tym badanie przesiewowe,
- 3) świadczenie medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej,
- 4) szczepienia ochronne realizowane zgodnie z zasadami określonymi w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,

w obecności opiekuna faktycznego:
(imię i nazwisko opiekuna faktycznego)

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(nr PESEL opiekuna faktycznego)

.....
(adres zamieszkania opiekuna faktycznego)

na czas nieokreślony: tak: , nie: , tylko w dniu:
(proszę zakreślić krzyżykiem) (proszę wpisać konkretną datę)

u:
(imię i nazwisko pacjenta małoletniego w wieku 0-18 lat)

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(nr PESEL pacjenta małoletniego w wieku 0-18 lat)

.....
(podpis osoby (przedstawiciela ustawowego) składającej oświadczenie)