

Sp. z o.o.

(data)

24-150 Nałęczów, al. Kasztanowa 6

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 przeprowadzenie badań i udzielenie innych świadczeń zdrowotnych mieszczących się w zakresie świadczeń udzielonych 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 zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta.

(podpis przedstawiciela ustawowego)