

Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego pacjentowi w wieku od 16 do 18 roku życia bez obecności opiekuna.

Ja niżej podpisany/a

Dane opiekuna

imię i nazwisko

PESEL

adres zamieszkania

telefon kontaktowy

Oświadczam, że jako opiekun prawny wyrażam zgodę na realizację świadczenia medycznego (oznaczyć właściwe poprzez zakreślenie):

- Konsultację lekarską **TAK / NIE**
- Pobranie materiału do badań, np. krwi **TAK / NIE**
- Świadczeń w zakresie rehabilitacji:

zabieg rehabilitacyjny jednorazowy w dniu _____

cykl ustalonych zabiegów rehabilitacyjnych od _____ do _____

Mojemu dziecku

Imię i nazwisko

PESEL

data

czytelny podpis opiekuna