



**PEŁNOMOCNITWO SZCZEGÓLNE
PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA
- LECZENIE PACJENTA MAŁOLETNIEGO**

F-209-000-002

Wersja 01

Ja, niżej podpisany,

Imię i Nazwisko PESEL.....

jako przedstawiciel ustawy PACJENTA:

Imię i Nazwisko PACJENTAPESEL.....

Upoważniam Pana / Panią

Imię i Nazwisko PESEL.....

do: *

I. wyrażenia w moim imieniu zgody na przeprowadzenie w dniu badania
i udzielenie Pacjentowi świadczeń medycznych w Poradni*

II. wyrażania w moim imieniu zgody na przeprowadzenie następujących zabiegów
diagnostycznych u PACJENTA*:

1.

2.

III. do uzyskania informacji o stanie zdrowia Pacjenta oraz udzielonych mu w dniu
..... świadczeniach zdrowotnych*

IV. do dostępu do dokumentacji medycznej Pacjenta *

Podpis przedstawiciela ustawowego

.....

Data.....

**niepotrzebne skreślić*