



**ZGODA OPIEKUNA PRAWNEGO PACJENTA
16-18 LETNIEGO NA SAMODZIELNE LECZENIE
W PORADNIACH**

F-209-000-004

Wersja 01

Przedstawiciel ustawowy/ opiekun faktyczny*

Imię i Nazwisko PESEL.....

Jako przedstawiciel ustawowy/ opiekun faktyczny* niepełnoletniego PACJENTA, który skończył 16 rok życia:

Imię i Nazwisko PACJENTAPESEL.....

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania i udzielanie Pacjentowi świadczeń medycznych w Poradni..... w Przychodni

Jako przedstawiciel ustawowy PACJENTA wyrażam zgodę na przeprowadzenie następujących zabiegów diagnostycznych u PACJENTA:

- 1)
- 2)

Jednocześnie potwierdzam, że zostałem poinformowany o fakcie, że badania i zabiegi diagnostyczne u Pacjenta niepełnoletniego, lecz powyżej 16 roku życia, wymagają jego zgody.

Podpis przedstawiciela /opiekuna

.....

Data.....

**niepotrzebne skreślić*