OŚWIADCZENIE

Przedstawiciela Ustawowego Pacjenta do 18. roku życia

Imię i nazwisko Opiekuna Prawnego: _____

PESEL/w przypadku braku – data urodzenia: _____

Stosunek Przedstawiciela Ustawowego do małoletniego (np. ojciec, matka): _____

Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego w obecności Opiekuna Faktycznego oraz na udzielenie Opiekunowi Faktycznemu informacji.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na:

1) konsultację lekarską, badania diagnostyczne bez ingerencji w integralność fizyczną Pacjenta (np. USG, RTG, RM, Densytometr), a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich: ☐ TAK ☐ NIE

2) rehabilitację ☐ TAK – ☐ jednorazowo ☐ na cały cykl zabiegów ☐ NIE

3) pobranie krwi i/lub wydzielin organizmu ☐ TAK ☐ NIE

4) odebranie recepty na leki zaordynowane w trakcie wizyty ☐ TAK ☐ NIE

UWAGA: w przypadku dzieci do 6 r.ż. zalecany jest udział Opiekuna Prawnego, jednak w sytuacjach uzasadnionych – zdefiniowanych przez Opiekuna Prawnego dopuszcza sie udział Opiekuna Faktycznego po podpisaniu niniejszego oświadczenia.

Prosimy o szczegółowe podanie:

W dniu _____ dla _____

Data usługi medycznej — Imię i nazwisko małoletniego Pacjenta, data urodzenia lub PESEL

W obecności Opiekuna Faktycznego _____

Imię i nazwisko, data urodzenia lub PESEL

A także:

5) na udzielenie ww. Opiekunowi Faktycznemu informacji o stanie zdrowia Pacjenta małoletniego, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

_____

Miejscowość, data, czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

_____ _____

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie — Data

Zatwierdził: Dyrektor Departamentu Medycznego
Obowiązuje od: 14.08.2014 r.