

ZOZ w Żórawinie
ul. Urzędnicza 11
55 – 020 Żórawina
tel. 71 316 50 03
www.zoz-zorawina.pl

.....
(miejscowość, data)

Zgoda przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego) na:

- wizyty pacjenta w obecności wskazanego opiekuna (0-18 lat)***
 samodzielne wizyty pacjenta (16-18 lat)*

.....
(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego)

.....
(adres zamieszkania)

.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(nr PESEL)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na badanie lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego bez mojej obecności u:

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

W
(nazwa poradni)

a w obecności opiekuna faktycznego: **

.....
(imię i nazwisko opiekuna faktycznego)

.....
(adres zamieszkania)

.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(nr PESEL)

.....
(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

* **właściwie zaznaczyć**

** **nie wypełniać w przypadku zgody na samodzielne wizyty pacjenta**