



Pieczęć placówki medycznej



ZDROWIE

ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO PACJENTOWI W WIEKU OD 16 DO 18 ROKU ŻYCIA BEZ OBECNOŚCI OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

Dane osobowe przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Numer PESEL lub typ i numer dowodu tożsamości

Stopień pokrewieństwa wyrażającego zgodę

Oświadczam, że jako przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny wyrażam zgodę na realizację świadczenia medycznego:

1. Konsultację lekarską, a także wydanie opinii i orzeczeń lekarskich

TAK NIE

2. Pobranie materiału do badań np. krwi

TAK NIE

3. Wykonanie szczepienia (dotyczy poradni dzieci zdrowych z wyznaczonym terminem)

TAK NIE

4. Świadczeń w zakresie rehabilitacji:

a) zabieg rehabilitacyjny jednorazowy w dniu:

b) cykl ustalonych zabiegów rehabilitacyjnych: od

do

5. Konsultacji/usługi stomatologicznej:

a) konsultację lekarską (badanie)

TAK NIE

b) leczenie stomatologiczne w zakresie:

TAK NIE

c) wykonanie znieczulenia miejscowego

TAK NIE

d) wykonanie badania radiologicznego (np. rtg, pantomogram)

TAK NIE

e) wykonanie czynności związanych z ortodontcją

TAK NIE

w dniu

mojemu dziecku/wychowankowi/podopiecznemu:

Imię i nazwisko małoletniego

PESEL/Data urodzenia

Bez obecności przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego i opiekuna faktycznego.

Miejscowość, data i czytelny podpis składającego oświadczenie

Data i czytelny podpis osoby przyjmującej dokument

* oznaczyć właściwie poprzez jednoznaczne zakreślenie

Dane osobowe będą przetwarzane przez Centrum Medyczne Medica Sp. z o.o. w celach związanych ze świadczeniem usług medycznych. Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych znajdują Państwo na stronie internetowej <https://www.plock.pzuzdrowie.pl/polityka-prywatnosci> oraz w naszych placówkach.

PZUZDR 2032/1

