

.....

Pieczęć WOMP CP-L
w Lublinie

Oświadczenie przedstawiciela ustawowego pacjenta do 18 roku życia
Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego w obecności opiekuna faktycznego
oraz na udzielenie opiekunowi faktycznemu informacji¹
Zgoda na samodzielną wizytę małoletniego pacjenta (16-18 lat)

Ja, niżej podpisany (opiekun prawny) imię i nazwisko

PESEL lub nr dokumentu tożsamości

Stosunek prawny do małoletniego (matka, ojciec)

Małoletni (imię i nazwisko, PESEL)

oświadczam, że

1. wyrażam zgodę na konsultację lekarską, przeprowadzenie badań diagnostycznych oraz udzielenie wszelkich świadczeń zdrowotnych, w tym szczepień ochronnych w obecności opiekuna faktycznego (babcia, dziadek):*

.....

(czytelny podpis osoby
składającej oświadczenie)

2. wyrażam zgodę na samodzielną wizytę pacjenta (16-18 lat) oraz na badanie lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego bez mojej obecności w Poradni WOMP CP-L w Lublinie*

.....

(czytelny podpis osoby
składającej oświadczenie)

3. wyrażam zgodę na udzielanie opiekunowi faktycznemu informacji o stanie zdrowia pacjenta małoletniego, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych lub leczniczych oraz odbioru innej dokumentacji medycznej (w tym recepty, opinie lekarskie, skierowanie na badania dodatkowe, itp.)*

.....

(czytelny podpis osoby
składającej oświadczenie)

Lublin, data

*niepotrzebne skreślić

¹ opiekun faktyczny – osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia lub stan psychiczny opieki takiej wymaga