

Załącznik nr 1

## OŚWIADCZENIE DLA OSOBY MAŁOLETNIEJ DO 16 ROKU ŻYCIA

Działając jako przedstawiciel ustawowy/opiekun\* oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania

.....

(imię i nazwisko, data urodzenia, PESEL pacjenta małoletniego)

Przez personel medyczny .....

Ponadto oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych pacjenta małoletniego Panu/Pani

.....

.....

(imię i nazwisko, adres, numer telefonu kontaktowego)

.....

Miejscowość i data

.....

czytelny podpis rodzica

\*niepotrzebne skreślić