

Załącznik nr 3

OŚWIADCZENIE DLA OSOBY MAŁOLETNIEJ PO 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