

Upoważnienie na przeprowadzenie badania pod nieobecność opiekuna prawnego



☎ 22 737 50 50
www.cmp.med.pl

.....
miejsowość, dnia

.....
Imię i nazwisko opiekuna prawnego

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL lub nr dokumentu tożsamości

.....
Stosunek opiekuna prawnego
do małoletniego (np. ojciec, matka)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na:

- konsultację lekarską, badania diagnostyczne bez ingerencji w integralność fizyczną pacjenta (np. usg), a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich: **TAK** **NIE**
- rehabilitację **TAK** **NIE**
- pobranie krwi i/lub wydzielin organizmu **TAK** **NIE**
- odebranie recepty na leki zaordynowane w trakcie wizyty **TAK** **NIE**
- wykonanie szczepienia **TAK** **NIE**
- inne:
(inne wypełnić odrębnie) (parafka /podpis w przypadku wypełnienia linii inne)

w dniu: / do odwołania *
(datę usługi medycznej)

dla:
(imię i nazwisko małoletniego pacjenta, PESEL lub data urodzenia)

pod moją nieobecność, a w obecności opiekuna:

.....
(imię i nazwisko, PESEL lub data urodzenia opiekuna)

Nr dokumentu tożsamości opiekuna

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie ww. opiekunowi informacji o stanie zdrowia pacjenta małoletniego, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach oraz rokowaniu.
Oświadczam, że w przypadku dziecka poniżej 6 roku życia na opiekuna wskazuję opiekuna faktycznego tj. osobę która sprawuje stałą opiekę nad dzieckiem.
Upoważniam wyznaczonego przeze mnie opiekuna do podejmowania decyzji w zakresie prowadzenia leczenia dziecka.

.....
miejsowość, data, czytelny podpis opiekuna prawnego

* - niepotrzebne skreślić