



## ZOGDA NA SAMODZIELNE WIZYTY PACJENTA, KTÓRY UKOŃCZYŁ 16 LAT

Ja ..... nr PESEL: .....  
*(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)*

legitymujący/a się: ..... seria: ..... nr: .....  
*(nazwa dokumentu tożsamości)*

**oświadczam**, że jestem przedstawicielem ustawowym – rodzicem/opiekunem prawnym\*:

.....  
*(imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego)*

data ur. ...., nr PESEL: .....

**i wyrażam zgodę\*\*:**

na usługę jednorazową w dniu: .....,

lub

lub na stałe udzielanie świadczeń medycznych bez mojej obecności.

Jednocześnie zobowiązuję się do pokrycia wszystkich kosztów związanych z przeprowadzeniem badania lekarskiego lub udzieleniem wskazanego świadczenia medycznego\*\*\*.

.....  
*Miejscowość data*

.....  
*podpis składającego oświadczenie*

\* *niepotrzebne skreślić (w przypadku opiekuna prawnego konieczne jest przy składaniu oświadczenia przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawa do opieki nad pacjentem niepełnoletnim)*

\*\* *właściwie zaznaczyć*

\*\*\* *nie dotyczy świadczeń nieodpłatnych, do których pacjent posiada uprawnienia na podstawie odrębnej umowy (pakiet usług lub NFZ)*