

**FORMULARZ ZGODY NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
MAŁOLETNIEMU W OBECNOŚCI OPIEKUNA FAKTYCZNEGO**

Imię, nazwisko małoletniego Pacjenta:

PESEL:

Ja, niżej podpisana/ny PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY ww. dziecka

Imię, nazwisko PRZEDSTWICIELA USTAWOWEGO:

PESEL:

Adres zamieszkania:

oświadczam, że wyrażam zgodę na*:

- przeprowadzenie konsultacji lekarskiej
- pobranie krwi
- przeprowadzenie badań diagnostycznych
- inne

u mojego dziecka w dniu w obecności **OPIEKUNA FAKTYCZNEGO:**

Imię, nazwisko OPIEKUNA FAKTYCZNEGO:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Data

Podpis Przedstawiciela Ustawowego małoletniego Pacjenta