

**Upoważnienie do obecności innej niż OPIEKUN PRAWNY osoby przy  
badaniach małoletniego**

Imię Nazwisko małoletniego Pacjenta
-------------------------------------

PESEL
-------

**Ja, niżej podpisana/ny OPIEKUN PRAWNY ww. dziecka**

Imię, Nazwisko OPIEKUNA PRAWNEGO
----------------------------------

PESEL
-------

Adres zamieszkania
--------------------

**oświadczam, że wyrażam zgodę na:**

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

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

Imię, Nazwisko OPIEKUNA FAKTYCZNEGO
-------------------------------------

PESEL
-------

Adres zamieszkania
--------------------

Data	Podpis Opiekuna Prawnego małoletniego Pacjenta
------	--

**AMBU-077-18017**