

Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego) lub opiekuna faktycznego:

1. Imię i nazwisko
2. PESEL lub nr dokumentu tożsamości
3. Adres zamieszkania.....
4. Stosunek do małoletniego.....

Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego bez obecności przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego) bądź opiekuna faktycznego*

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lekarskiego lub/i udzielenie innego świadczenia zdrowotnego w ramach badań wykonywanych na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz doktorantów oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 29 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców

.....
(imię i nazwisko małoletniego pacjenta, pesel/data urodzenia)
.....

w dniu (data usługi medycznej) bez obecności przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego) lub opiekuna faktycznego ww. pacjenta małoletniego.

.....
(miejsowość, data, czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

Zgoda pacjenta, który ukończył 16 lat na przeprowadzenie badania lekarskiego lub/i udzielenie innego świadczenia zdrowotnego:

.....
(miejsowość, data, czytelny podpis pacjenta)

*Zgoda nie dotyczy udzielania świadczeń zdrowotnych o podwyższonym ryzyku dla pacjenta