



Zgoda 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* pacjenta/dziecka:

.....
(Imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego)

data ur. :, nr PESEL:

i wyrażam zgodę**:

na usługę jednorazową w dniu: bez mojej obecności,

lub

na stałe udzielanie świadczeń medycznych bez mojej obecności.

.....

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)

** właściwe zaznaczyć

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