



## Zgoda na samodzielne wizyty pacjenta, który ukończył ..... 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)