



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

Imię i nazwisko małoletniego pacjenta .....

PESEL .....

Ja, niżej podpisana/ny OPIEKUN PRAWNY ww. dziecka

Imię i nazwisko opiekuna prawnego .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na<sup>1</sup>:

- Przeprowadzenie konsultacji lekarskiej
- Przeprowadzenie badań diagnostycznych (pobranie krwi, testy zlecone przez lekarza, EKG)
- Przeprowadzenie szczepienia ochronnego
- Przeprowadzenie testów skórnych
- Wykonanie iniekcji domięśniowej/podskórnej (odczulanie, podanie leku)
- Inne .....

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

Imię i nazwisko opiekuna faktycznego .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

oraz wyrażam zgodę na<sup>1</sup>:

- interwencję lekarską w przypadku wystąpienia reakcji niepożądaney na zastosowaną terapię (reakcja alergiczna itp.)
- uzyskania przez ww. opiekuna faktycznego informacji o stanie zdrowia ww. małoletniego
- odbioru przez ww. opiekuna faktycznego wyników badań ww. małoletniego
- odbioru przez ww. opiekuna faktycznego innej dokumentacji medycznej (w tym recepty, opinie lekarskie, skierowania na badania dodatkowe) dotyczącej/przeznaczonej dla ww. małoletniego.

Miejscowość i data

Podpis Opiekuna Prawnego małoletniego pacjenta

.....

.....

---

<sup>1</sup> Niewłaściwe skreślić