

Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o. o.	Formularz SZJ nr F-4.2.4-02-74	Wydanie	1 z dn.22.09.2017
	ZGODA OSOBY MAŁOLETNIEJ ORAZ JEGO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO NA WYKONANIE BADANIA DIAGNOSTYCZNEGO LUB UDZIELENIE INNEGO ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO	Strona	1 z 1

Niniejszym wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na wykonanie badania diagnostycznego lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego

.....
Rodzaj badania/świadczenia zdrowotnego

....., dn.

.....
.....

Nr Pesel, czytelny podpis małoletniego

Niniejszym wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na przeprowadzenie badania diagnostycznego lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego

.....
Rodzaj badania/świadczenia zdrowotnego

u małoletniego:

.....
imię i nazwisko, data urodzenia, Pesel małoletniego

Bez obecności przedstawiciela ustawowego / bez obecności opiekuna faktycznego Pana/Pani *:

.....
.....

imię i nazwisko, nr pesel opiekuna faktycznego

ww. pacjenta małoletniego.

....., dn.

.....
.....

Nr Pesel, czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

* niepotrzebne skreślić

Uwaga: Dotyczy dziecka w wieku >16 lat