

Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o. o.	Formularz SZJ nr F-4.2.4-02-75	Wydanie	1 z dn. 22.09.2017
	ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO OSOBY MAŁOLETNIEJ NA WYKONANIE BADANIA DIAGNOSTYCZNEGO LUB UDZIELENIE INNEGO ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO	Strona	1 z 1

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

w mojej obecności / w 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