

# OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA NIEPEŁNOLETNIEGO

ZGODA NA WIZYTY PACJENTA W OBECNOŚCI WSKAZANEGO OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

ZGODA NA SAMODZIELNE WIZYTY PACJENTA, KTÓRY UKOŃCZYŁ 16 LAT

Ja

*imię i nazwisko, PESEL\* przedstawiciela ustawowego*

zamieszkały

*adres zamieszkania*

*numer telefonu\**

*e-mail\**

**oświadczam**, że jestem przedstawicielem ustawowym – rodzicem/opiekunem prawnym\*\*

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|

*imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego*

*PESEL*

**i wyrażam zgodę** na przeprowadzenie u Niego/Niej badania lekarskiego lub udzielenie innego świadczenia medycznego bez mojej obecności:

**konsultacja lekarska**

*wymienić specjalność, rodzaj świadczenia*

**konsultacja lekarska**

*wymienić specjalność, rodzaj świadczenia*

**konsultacja lekarska**

*wymienić specjalność, rodzaj świadczenia*

**konsultacja lekarska**

*wymienić specjalność, rodzaj świadczenia*

**badanie diagnostyczne**

(RTG, USG, EKG, spirometria)

*wymienić rodzaj*

**zabieg nieoperacyjny**

(np. iniekcje, pobranie krwi, szczepienia, odczulanie)

*wymienić rodzaj*

**rehabilitacja**

nie dotyczy pierwszej wizyty

*wskazać rodzaj świadczeń*

**stomatologia**

nie dotyczy pierwszej wizyty

*wskazać rodzaj świadczeń (np. leczenie zachowawcze, znieczulenie ogólne, konsultacje ortodontyczne)*

w obecności wskazanego **opiekuna faktycznego:**

*imię i nazwisko opiekuna faktycznego*

Oświadczam również, że wyrażam zgodę na udzielenie ww. opiekunowi faktycznemu informacji o stanie zdrowia pacjenta małoletniego, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

Jestem świadomy/a, że każda procedura medyczna niesie ze sobą ryzyko powikłań, również takich, które nie są typowe dla danego zabiegu lub są niemożliwe do przewidzenia.

Jednocześnie zobowiązuję się do pokrycia ewentualnych kosztów związanych z przeprowadzeniem badania lekarskiego lub udzieleniem wskazanego świadczenia medycznego.

Zgoda jest ważna do odwołania.

\_\_\_\_\_  
data i podpis przedstawiciela ustawowego\*\*\*

\_\_\_\_\_  
data i podpis osoby przyjmującej oświadczenie

\* podanie danych: PESEL – jeżeli przedstawiciel ustawowy jest pacjentem CM ENEL-MED – w celu uzupełnienia elektronicznej karty pacjenta nieletniego; numer telefonu i adres e-mail jest dobrowolny, jednak ułatwia korzystanie ze świadczeń, dzięki możliwości kontaktowania się w sprawie realizacji usług, w tym potwierdzenia i odwołania wizyty.

\*\* niepotrzebne skreślić (w przypadku opiekuna prawnego konieczne jest przy składaniu oświadczenia przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawa do opieki nad pacjentem niepełnoletnim)

\*\*\* oświadczenie dostarcza przedstawiciel ustawowy pacjenta