



CENTRUM MEDYCZNE

Oświadczenie przedstawiciela ustawowego pacjenta niepełnoletniego – zgoda na wizyty pacjenta w obecności wskazanego opiekuna faktycznego

Centrum Medyczne ENEL-MED SA ☎ 22 23 07 007 – Call Center

Ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<i>imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego</i>	<i>PESEL</i>
zamieszkały	<input type="text"/>	telefon <input type="text"/>
	<i>adres zamieszkania</i>	e-mail <input type="text"/>

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego</i>	<i>PESEL</i>

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

na usługę jednorazową w dniu:

wymienić rodzaj świadczenia medycznego *data*

na stałe:**

- konsultacje stomatologia rehabilitacja
- badania diagnostyczne (RTG, USG, EKG, spirometria)
- podstawowe (nieoperacyjne) zabiegi z przerwaniem ciągłości tkanki
(np. iniekcje, pobranie krwi, szczepienia, odczulanie)

w obecności wskazanego opiekuna faktycznego:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>imię i nazwisko opiekuna faktycznego</i>	<i>PESEL</i>

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

miejsowość, data

podpis składającego oświadczenie

data, pieczęć i podpis osoby przyjmującej oświadczenie
/potwierdzającej zgodność podpisu oświadczającego

* 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)