



UPOWAŻNIENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

1. Dziecko:

..... PESEL:

imię i nazwisko dziecka czytelnie

2. Oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego:

Ja niżej podpisany/a
imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego (czytelnie)

PESEL:....., **oświadczam, że wyrażam zgodę na:**

- wizytę lekarską w Poradni POZ w dniu/okresie
- pobranie materiału biologicznego do badań laboratoryjnych w dniu.....
- inne..... w dniu/okresie

oraz do podjęcia **w tym czasie**, w moim imieniu decyzji dotyczących wskazanej powyżej procedury med. Nie rozszerzam / Rozszerzam zakres upoważnienia do innych, nieprzewidzianych procedur medycznych, mających związek z tym świadczeniem, zleconych przez lekarza u mojego dziecka w tym dniu w obecności Pana/Pani:

.....PESEL.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej (czytelnie)

.....
data,

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna pr.

3. Oświadczenie wskazanego wyżej opiekuna:

Oświadczam, że przed wykonaniem procedury otrzymałem(am) zrozumiałe dla mnie informacje o proponowanych czynnościach medycznych. Miałem(am) możliwość zadawania pytań personelowi medycznemu udzielającemu tego świadczenia i otrzymałem(am) na nie zrozumiałą odpowiedź.

.....
data, czytelny podpis upoważnionego opiekuna

4. Wypełnia pracownik SGZSOZ Wilkowice

Tożsamość osoby upoważnionej do opieki nad dzieckiem potwierdzam na podstawie okazanego dokumentu tożsamości ze zdjęciem.

.....
data, podpis pracownika