

Gdańsk, dnia.....

ZGODA NA SAMODZIELNE WIZYTY PACJENTA, KTÓRY UKOŃCZYŁ 16 LAT

Ja (imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)
nr PESEL:,
legitymujący/a się (numer i seria dokumentu tożsamości):

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym – rodzicem/opiekunem prawnym*:
.....(imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego)
nr PESEL:

i wyrażam zgodę:

- na usługę jednorazową w dniu:,
- na stałe udzielanie świadczeń medycznych/psychoterapeutycznych bez mojej obecności.

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

.....
podpis składającego oświadczenie