

Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego) lub opiekuna faktycznego:

1. Imię i nazwisko .....
2. PESEL lub nr dokumentu tożsamości .....
3. Adres zamieszkania .....

**Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego bez obecności przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego) bądź opiekuna faktycznego\***

.....

(imię i nazwisko małoletniego pacjenta, PESEL/data urodzenia)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lekarskiego lub/i udzielenie innego świadczenia zdrowotnego w ramach badań wykonywanych na podstawie *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz doktorantów oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 29 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców.*

w dniu (data usługi medycznej) ..... bez obecności przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego) lub opiekuna faktycznego ww. pacjenta małoletniego.

.....

(miejsce, data, czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

Zgoda pacjenta, który ukończył 16 lat na przeprowadzenie badania lekarskiego lub/i udzielenie innego świadczenia zdrowotnego:

.....

(miejsce, data, czytelny podpis pacjenta)

\*Zgoda nie dotyczy udzielania świadczeń zdrowotnych o podwyższonym ryzyku dla pacjenta