



**Centrum Promocji Zdrowia S.C.**  
43-600 Jaworzno ul. Paderewskiego 43  
Tel. (032) 752-24-6 4, (032) 615-64-06  
NIP 632-10-29-157 Regon 271864785-00024

....., data .....

.....  
imię i nazwisko

.....  
PESEL lub nr dokumentu tożsamości

.....  
adres zamieszkania

.....  
stosunek przedstawiciela ustawowego  
do małoletniego (np. ojciec, matka)

## **Oświadczenie przedstawiciela ustawowego pacjenta w wieku do 18 roku życia**

### **Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego w obecności opiekuna faktycznego oraz na udzielenie opiekunowi faktycznemu informacji**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na:

Konsultację lekarską, badania diagnostyczne bez ingerencji w integralność fizyczną pacjenta (np. USG), a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich

TAK       NIE

Pobranie krwi i/lub wydzielin organizmu

TAK       NIE

Odebranie recepty na leki zaordynowane w trakcie wizyty

TAK       NIE

Wykonanie szczepienia\*

TAK       NIE

\*Wymaga wypełnienia Kwestionariusza 1

**UWAGA:** W przypadku dzieci do 6. r.ż. zalecany jest udział opiekuna prawnego, jednak w sytuacjach uzasadnionych – zdefiniowanych przez opiekuna prawnego, dopuszcza się udział opiekuna faktycznego po podpisaniu niniejszego oświadczenia



**Centrum Promocji Zdrowia S.C.**  
43-600 Jaworzno ul. Paderewskiego 43  
Tel. (032) 752-24-6 4, (032) 615-64-06  
NIP 632-10-29-157 Regon 271864785-00024

W dniu ..... dla .....

.....  
(imię i nazwisko małoletniego pacjenta)

w obecności opiekuna faktycznego.....

.....  
(imię i nazwisko, PESEL lub data urodzenia)

legitymującego się dokumentem tożsamości o numerze .....

oświadczam, że wyrażam zgodę także:

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

.....  
podpis osoby składającej oświadczenie

.....  
podpis osoby przyjmującej oświadczenie