

**Upoważnienie
do obecności innej niż Rodzic/e osoby przy badaniach małoletniego**

Imię i nazwisko małoletniego pacjenta

PESEL

Ja, niżej podpisana/ny – matka/ojciec ww. dziecka

Imię i nazwisko rodzica

PESEL

Adres zamieszkania

Oświadczam, że wyrażam zgodę na:

- Przeprowadzenie konsultacji lekarskiej
- Przeprowadzenie badań diagnostycznych (pobranie krwi, testy zlecone przez lekarza, EKG i innych badań zleconych przez lekarza)
- Przeprowadzenie szczepienia ochronnego
- Przeprowadzenie testów skórnych
- Wykonanie iniekcji domięśniowej/podskórnej (odczulanie, podanie leku)
- Inne

w dniu u mojego dziecka w obecności OPIEKUNA FAKTYCZNEGO :

Imię i nazwisko opiekuna faktycznego

PESEL

Adres zamieszkania

oraz wyrażam zgodę na:

- interwencję lekarską w przypadku wystąpienia reakcji niepożądaney na zastosowaną terapię (reakcja alergiczna itp.)
- uzyskania przez ww. opiekuna faktycznego informacji o stanie zdrowia ww. małoletniego
- odbioru przez ww. opiekuna faktycznego wyników badań ww. małoletniego
- odbioru przez ww. opiekuna faktycznego innej dokumentacji medycznej (w tym recepty, opinie lekarskie, skierowania na badania dodatkowe) dotyczącej/przeznaczonej dla ww. małoletniego.

Miejscowość i data

Podpis Rodzica małoletniego pacjenta

.....

.....

* *Niewłaściwe skreślić*