

ZGODA RODZICA/PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO* PACJENTA MAŁOLETNIEGO NA SKORZYSTANIE ZE ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH W OBECNOŚCI OPIEKUNA FAKTYCZNEGO MAŁOLETNIEGO

Ja, niżej podpisany/a

PESEL/Data urodzenia*

Rodzic/Przedstawiciel ustawy* Pacjenta oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego w Medicus Sp. z o.o. małoletniemu:

.....
(Imię i nazwisko Pacjenta)

PESEL/Data urodzenia Pacjenta*

Zgoda dotyczy:

- przeprowadzenie konsultacji lekarskiej w dniu
- pobranie krwi w dniu
- przeprowadzenie badań diagnostycznych w dniu
- inne

w obecności opiekuna faktycznego

Pana/Pani

PESEL/Data urodzenia*, ww. Pacjenta małoletniego oraz do:

- uzyskania przez opiekuna faktycznego informacji o stanie zdrowia ww. małoletniego i przeprowadzonych badaniach oraz udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych w Medicus Sp. z o.o.,
- 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.

Podpis Rodzica/Przedstawiciela ustawowego*, data

- Pacjenci, którzy nie ukończyli 18 roku życia, mogą skorzystać z badań lub innych świadczeń medycznych oferowanych przez Medicus Sp. z o.o. wyłącznie w obecności albo za zgodą Rodzica/Przedstawiciela ustawowego*.
- W trakcie badań lub innych świadczeń medycznych oferowanych przez Medicus Sp. z o.o. dopuszcza się obecność opiekuna faktycznego osoby niepełnoletniej, po uprzednim uzyskaniu i okazaniu pisemnej zgody Rodzica/Przedstawiciela ustawowego*.
- Pacjenci w wieku od 16 do 18 lat mogą skorzystać z badań lub innych świadczeń medycznych oferowanych przez Medicus Sp. z o.o. bez obecności Rodzica/Przedstawiciela ustawowego* lub opiekuna faktycznego po uzyskaniu i okazaniu pisemnej zgody Rodzica/Przedstawiciela ustawowego*.

* niepotrzebne skreślić