

## ZGODA RODZICA/PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO\* DO UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH BEZ OBECNOŚCI PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO U PACJENTA MAŁOLETNIEGO W WIEKU OD 16 DO 18 LAT

Ja, niżej podpisany/a .....  
(Imię i nazwisko)

PESEL/Data urodzenia\* .....

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

.....  
(Imię i nazwisko Pacjenta)

PESEL/Data urodzenia\* .....

bez obecności Rodzica/Przedstawiciela ustawowego\*.

### Zgoda dotyczy:

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

.....  
(data)

.....  
(podpis Rodzica/Przedstawiciela ustawowego\*)

- Pacjenci, którzy nie ukończyli 18 roku życia, mogą skorzystać świadczeń medycznych wyłącznie w obecności albo za zgodą przedstawiciela ustawowego (rodzica, opiekuna prawnego).
- W trakcie udzielania świadczeń medycznych dopuszcza się obecność opiekuna faktycznego osoby niepełnoletniej, po uprzednim uzyskaniu i okazaniu pisemnej zgody przedstawiciela ustawowego(rodzica, opiekuna prawnego).
- Pacjenci w wieku od 16 do 18 lat mogą skorzystać z udzielanych świadczeń medycznych bez obecności Rodzica/Przedstawiciela ustawowego\* lub opiekuna faktycznego po uzyskaniu i okazaniu pisemnej Rodzica/Przedstawiciela ustawowego\*.

\* niepotrzebne skreślić