

ZGODA NA SAMODZIELNE WIZYTY PACJENTA, KTÓRY UKOŃCZYŁ 16 LAT

Poprosimy o wypełnienie poniższej zgody drukowanymi literami. Jednocześnie informujemy, że **samodzielna wizyta w wieku 16-18 lat jest możliwa wyłącznie po ustaleniu tego z lekarzem**, dlatego **przed pierwszą taką wizytą bardzo prosimy o kontakt telefoniczny** i upewnienie się odnośnie możliwości odbycia wizyty w tej formie. Informujemy również, że poniższa **zgoda nie może dotyczyć wizyty pierwszorazowej**.

Ja nr PESEL:
(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)

legitymujący/a się: seria: nr:
(nazwa dokumentu tożsamości)

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym – rodzicem/opiekunem prawnym*:

.....
(imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego)

data ur., nr PESEL:

i wyrażam zgodę:

☐ na jednorazową wizytę w dniu:

lub

☐ na stałe wizyty bez mojej obecności.

Jednocześnie zobowiązuję się do pokrycia wszystkich kosztów związanych z przeprowadzeniem badania lekarskiego (jeśli nie jest to usługa nieodpłatna udzielana w ramach pakietu lub umowy z NFZ).

.....
Miejscowość, data

.....
podpis składającego oświadczenie

* niepotrzebne skreślić (w przypadku opiekuna prawnego konieczne jest przy składaniu oświadczenia przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawa do opieki nad pacjentem niepełnoletnim)