

**ZGODA  
PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO  
NA SAMODZIELNE WYZYTY PACJENTA KTÓRY UKOŃCZYŁ 16 LAT.**

**DANE PACJENTA:**

imię i nazwisko:

nr PESEL (lub data urodzenia w przypadku obcokrajowców lub osób nieposiadających nr PESEL):

**DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO:**

imię i nazwisko:

nr PESEL (lub data urodzenia w przypadku obcokrajowców):

Działając jako przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny ww. pacjenta pozostającego pod moją opieką, na mocy art. 32 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry wyrażam **zgoda na badanie lekarskie lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego bez mojej obecności.**

Jednocześnie zobowiązuję się do pokrycia wszystkich kosztów związanych z udzieleniem odpłatnych świadczeń zdrowotnych.

data oraz podpis udzielającego zgodę

data oraz podpis przyjmującego oświadczenie