

Upoważnienie do obecności innej niż OPIEKUN PRAWNY osoby przy
badaniach małoletniego

Imię i Nazwisko małoletniego Pacjenta
Pesel

Ja, niżej podpisana/ny OPIEKUN PRAWNY ww. dziecka

Imię, Nazwisko OPIEKUNA PRAWNEGO
Pesel
Adres zamieszkania

oświadczam, że wyrażam zgodę na:

- przeprowadzenie konsultacji lekarskiej
- przeprowadzenie badań diagnostycznych
- inne.....

u mojego dziecka w dniu..... w obecności OPIEKUNA FAKTYCZNEGO:

Imię, Nazwisko OPIEKUNA FAKTYCZNEGO
Pesel
Adres zamieszkania

Data	Podpis Opiekuna Prawnego małoletniego Pacjenta
-------------	---

