

**ZGODA NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO BEZ OBECNOŚCI
PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO BĄDŹ OPIEKUNA FAKTYCZNEGO PACJENTA W WIEKU OD 16
DO 18 ROKU ŻYCIA QD/L - 117**

Poznań, data:

Ja, niżej podpisany/a

Imię i nazwisko:

PESEL lub nr dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania:

Stosunek przedstawiciela ustawowego do małoletniego (np. ojciec, matka):

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego obejmującego:

1. Konsultację u lekarza:

internisty ☐ Tak ☐ Nie

pediatry ☐ Tak ☐ Nie

rodzinnego ☐ Tak ☐ Nie

innej specjalizacji (jakiej)

.....

3. Pobranie krwi ☐ Tak ☐ Nie

5. Rehabilitację ☐ Tak ☐ Nie

☐ wizyta jednorazowa

☐ cykl zabiegów

2. Świadczenia nielekarskie, w szczególności:

konsultacje psychologiczne ☐ Tak ☐ Nie

konsultacje logopedyczne ☐ Tak ☐ Nie

konsultacje dietetyczne ☐ Tak ☐ Nie

inne (jakie)

.....

4. Przegląd stomatologiczny/ ☐ Tak ☐ Nie

kontrolną wizytę u ortodonta

6. Psychoterapię ☐ Tak ☐ Nie

☐ wizyta jednorazowa

☐ cykl spotkań

Imię i nazwisko małoletniego, data urodzenia lub PESEL

.....

Wizyta odbędzie się w dniu bez mojej obecności jako przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego wyżej wskazanego Pacjenta małoletniego.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o charakterze, celu, sposobie udzielania oraz możliwych następstwach świadczeń zdrowotnych, a także o możliwości odmowy zgody.

Jednocześnie zobowiązuję się do zapłaty wszelkich kosztów usług medycznych świadczonych przez MedPolonia Sp. z o.o. na rzecz wyżej wskazanego Pacjenta, zgodnie z Cennikiem oraz Ogólnymi Warunkami Udzielania Świadczeń Zdrowotnych, obowiązujących w MedPolonia Sp. z o.o. w dniu realizacji usługi medycznej.

.....

(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

.....

(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

.....

(czytelny podpis Pacjenta w wieku od 16 do 18 r.ż.)

Podstawa prawna: Art. 17, ust. 1 oraz ust. 2 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.