

UPOWAŻNIENIE DO OPIEKI NAD DZIECKIEM

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL oraz nr dokumentu tożsamości



Ja niżej podpisana/y **wyrażam zgodę** na udzielenie mojemu dziecku świadczenia zdrowotnego polegającego na badaniu/konsultacji lekarskiej.

Imię i nazwisko Pacjenta

Numer pesel Pacjenta Data urodzenia.....

Wizyta w Lecznicy Rodzinnej Alfa dnia

(data wizyty)

Jednocześnie oświadczam, że upoważniam Panią/Pana:,
(imię i nazwisko)

.....
(numer pesel)

.....
(numer dowodu osobistego)

.....
(kim opiekun jest dla dziecka)

a) do opieki nad moim dzieckiem w czasie oczekiwania na wizytę lekarską\ badanie

b) do obecności oraz opieki nad moim dzieckiem w czasie trwania wizyty lekarskiej\ badania po ich zakończeniu

c) do uzyskania informacji o stanie zdrowia dziecka, wynikach badań, zaleceniach przekazanych w czasie wizyty lekarskiej\ badania

d) inne:

Jestem świadoma/my, iż podpisując niniejsze upoważnienie, **równocześnie wyrażam zgodę na podjęcie zabiegów i działań medycznych, w tym ratujących życie, będących konsekwencją ewentualnych powikłań w czasie wykonania badań/konsultacji (tj. omdlenie przy pobieraniu krwi, urazy, inne);**

.....
(miejsowość, data)

.....
Podpis rodzica/prawnego opiekuna dziecka