CENTRUM MEDYCZNE TULIPAN

JEDNORAZOWA ZGODA OPIEKUNA PRAWNEGO NA BADANIE OSOBY MAŁOLETNIEJ ORAZ UPOWAŻNIENIE OSÓB TRZECICH

(Dokument do pobrania, wydrukowania i wypełnienia przez rodzica/opiekuna prawnego w przypadku, gdy dziecko zgłasza się na wizytę z inną osobą niż rodzic, np. babcią, dziadkiem, opiekunem)

I. Dane pacjenta (małoletniego)

- **Imię i nazwisko:** .....
- **Data urodzenia:** .....
- **PESEL:**.....
- **Adres zamieszkania:** .....

II. Dane przedstawiciela ustawowego (rodzica / opiekuna prawnego) udzielającego zgody

- **Imię i nazwisko:** .....
- **Stopień pokrewieństwa / rola:** [ ] Matka [ ] Ojciec [ ] Opiekun prawny
- **Numer telefonu kontaktowego:** .....
- **Adres e-mail:** .....

III. Dane osoby upoważnionej (która przyprowadza dziecko na wizytę)

- **Imię i nazwisko:** .....
- **Stopień pokrewieństwa / relacja z dzieckiem (np. babcia, dziadek):** .....
- **Dowód osobisty (seria i numer) lub PESEL:** .....
- **Numer telefonu kontaktowego:** .....

IV. Oświadczenie i zgoda

1. Ja, niżej podpisany/a, będąc przedstawicielem ustawowym wyżej wymienionego małoletniego pacjenta, **niniejszym wyrażam zgodę** na przeprowadzenie przez personel medyczny Centrum Medycznego Tulipan konsultacji medycznej, badania oraz niezbędnych procedur diagnostyczno-leczniczych u wyżej wymienionego małoletniego.
2. **Upoważniam** wyżej wymienioną osobę trzecią (wskazaną w punkcie III) do przebywania z małoletnim w gabinecie lekarskim w trakcie wizyty, a także do podejmowania decyzji związanych z leczeniem w granicach bieżącej opieki oraz do **uzyskiwania wszelkich informacji o stanie zdrowia** małoletniego i jego leczeniu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/am się z planowanym zakresem wizyty i nie widzę przeciwwskazań. W razie potrzeby lekarz/personel medyczny może skontaktować się ze mną telefonicznie pod wyżej wskazanym numerem telefonu.

....

(Miejscowość, data) *(Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego)*