



BADANIE USG

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRAWNEGO PACJENTA NIEPEŁNOLETNIEGO

Ja, niżej podpisany/a

..... (imię i nazwisko Opiekuna Prawnego)

..... PESEL

..... numer telefonu

oświadczam, że jestem Opiekunem prawnym osoby niepełnoletniej

..... (imię i nazwisko Pacjenta niepełnoletniego)

..... PESEL

..... stopień pokrewieństwa

i wyrażam zgodę na wykonanie badania USG u w/w osoby:

<input type="checkbox"/>	w mojej obecności
<input type="checkbox"/>	w obecności wskazanego przeze mnie pełnoletniego Opiekuna faktycznego
<input type="checkbox"/>	bez mojej obecności / bez obecności Opiekuna faktycznego *

*dotyczy wyłącznie osób niepełnoletnich, które ukończyły 16 r.ż., z wyłączeniem badań USG ginekologicznych

DANE PEŁNOLETNIEGO OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

<input type="text"/>	<i>Imię i nazwisko</i>
<input type="text"/>	<i>PESEL</i>
<input type="text"/>	<i>numer telefonu</i>

Oświadczam jednocześnie, że wyrażam zgodę na udzielenie wskazanemu Opiekunowi faktycznemu informacji o wyniku badania USG w/w Pacjenta niepełnoletniego oraz odbiór opisu do badania i innych dokumentów medycznych.

Katowice, dnia

.....
podpis Przedstawiciela prawnego