



Vitalea Clinic
вул. Staromiejska 13a, 40-013 Катовіце

tel. 888 888 708
web: www.vitalea.pl
e-mail: klinika@vitalea.pl

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА БАТЬКІВ (ОПІКУНІВ)
на обстеження УЗД для неповнолітнього пацієнта

Я, нижче вказана/ий

..... (ім'я та прізвище мати/батька/уповноваженого опікуна)

..... PESEL

..... номер телефону

Заявляю, що я являюсь матір'ю/батьком/уповноваженим опікуном неповнолітньої особи

..... (ім'я та прізвище неповнолітнього пацієнта)

..... PESEL

..... ступінь родинних зв'язків

і даю згоду на виконання обстеження УЗД в присутності:

<input type="checkbox"/>	В моїй присутності
<input type="checkbox"/>	В присутності вказаного мною повнолітнього фактичного опікуна
<input type="checkbox"/>	Без моєї присутності/ без присутності фактичного опікуна*

*стосується виключно неповнолітніх осіб старше 16 років, за виключення гінекологічного УЗД

ДАНІ ПОВНОЛІТНЬОГО ФАКТИЧНОГО ОПІКУНА

ДАНІ ПОВНОЛІТНЬОГО ФАКТИЧНОГО ОПІКУНА	
	Ім'я та прізвище
	PESEL
	Номер телефону

Одночасно даю згоду на отримання інформації щодо результату обстеження УЗД неповнолітнього пацієнта та можливість отримати висновок обстеження і іншої медичної документації вказаному мною вище фактичному опікуну.

Катовіце, день

.....

підпис законного представника