

## UPOWAŻNIENIE

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

.....  
Adres zamieszkania

.....  
PESEL oraz nr dokumentu tożsamości

.....  
Nr telefonu

Ja niżej podpisana/y **wyrażam zgodę** na udzielenie mojemu dziecku świadczenia zdrowotnego polegającego na zabiegu/badaniu/konsultacji lekarskiej - *proszę podkreślić właściwe*.

Imię i nazwisko Pacjenta .....

Numer pesel Pacjenta ..... Data urodzenia..... Wizyta

w poradni/gabinecie/pracowni (w jakiej) ..... 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\zabieg
- b) do obecności oraz opieki nad moim dzieckiem w czasie trwania wizyty lekarskiej\ badania\zabiegu oraz po ich zakończeniu
- c) do uzyskania informacji o stanie zdrowia dziecka, wynikach badań, zaleceniach przekazanych w czasie wizyty lekarskiej\ badania\zabiegu
- 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/zabiegów/konsultacji (tj. omdlenie przy pobieraniu krwi, urazy, inne);**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
Podpis rodzica/prawnego opiekuna dziecka