

OŚWIADCZENIE

O WYRAŻENIU ZGODY NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA W PORADNI CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ W OBECNOŚCI OPIEKUNA FAKTYCZNEGO ORAZ NA UDZIELENIE OPIEKUNOWI FAKTYCZNEMU INFORMACJI

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie świadczenia medycznego polegającego na:

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. udzieleniu porady lekarskiej | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| 2. wykonaniu znieczulenia | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| 3. szyciu i zaopatrzeniu rany | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| 4. wykonaniu zdjęcia rtg kości | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| 5. założeniu opatrunku unieruchamiającego | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |

w dniu
(data usługi medycznej lub określić do kiedy jest ważne oświadczenie)

dla
(imię i nazwisko małoletniego pacjenta, nr pesel)

w obecności opiekuna faktycznego: (babcia, dziadek, pełnoletnie rodzeństwo itd)

.....
(imię i nazwisko opiekuna faktycznego, pesel, nr dokumentu tożsamości)

bez opiekuna (dotyczy tylko młodzieży w wieku 16 – 18 lat)

a także na udzielenie opiekunowi faktycznemu informacji o stanie zdrowia pacjenta małoletniego, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

Słupsk, dnia.....
czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego

.....
pieczętka i podpis lekarza