

OŚWIADCZENIE **przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego**

Niniejsze oświadczenie stanowi integralną część zgody na zabieg oraz ankiety stanu zdrowia pacjenta i jedynie osoba w nim wskazana ma prawo do prawidłowego reprezentowania małoletniego.

Niniejszym oświadczam, że JESTEM:

- przedstawicielem ustawowym / matką / ojcem małoletniego lat, PESEL i posiadam pełną, niczym nieograniczoną władzę rodzicielską;

- opiekunem prawnym małoletniego / całkowicie ubezwłasnowolnionego / częściowo ubezwłasnowolnionego lat, na mocy postanowienia / wyroku Sądu w z dnia sygn. akt oraz oświadczam, iż nie zostało ono zmienione ani cofnięte.

oraz oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie świadczeń zdrowotnych w podmiocie.....małoletniemu.....
..... bez obecności rodzica/opiekuna prawnego w/w pacjenta małoletniego.

Równocześnie oświadczam, że jestem w pełni świadomy/a, że:

- obowiązek nadzoru oraz zapewnienia bezpieczeństwa małoletniemu spoczywa na podmiocie leczniczym wyłącznie w czasie udzielania świadczeń
- w pozostałym zakresie ponoszę pełną odpowiedzialność za zaniedbania w nadzorze i za zachowania małoletniego, jako osoba do nadzoru zobowiązana

Niniejsza zgoda jest ważna aż do jej pisemnego odwołania

W przypadku zmiany prawa do reprezentacji małoletniego natychmiast pisemnie poinformuję o tym podmiot leczniczy.

.....
data i podpis lekarza prowadzącego

.....
*data i czytelny podpis
opiekuna prawnego/
przedstawiciela
ustawowego pacjenta*

.....
data i czytelny podpis pacjenta, który ukończył 16 lat