

Jaworzno, dnia .....

Ja niżej podpisany .....PESEL .....  
( imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego)

Stosunek przedstawiciela ustawowego do małoletniego ( np.matka,ojciec ) .....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na konsultację lekarską, przeprowadzenie badań diagnostycznych, udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz udzielenie opiekunowi faktycznemu informacji o stanie zdrowia małoletniego, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania oraz wynikach leczenia.

.....PESEL.....  
( imię i nazwisko małoletniego )

**W obecności opiekuna faktycznego**

.....PESEL.....  
( imię i nazwisko )

lub

.....PESEL.....  
( imię i nazwisko )

lub

.....PESEL.....  
( imię i nazwisko )

.....  
( podpis opiekuna ustawowego )