**Zgoda na samodzielne wizyty pacjenta, który ukończył 13 lat**

Ja ....................................................................................., nr PESEL: …..................................................................

(Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)

legitymujący/a się: ........................................................ seria: ...................... nr: ..................................................

(nazwa dokumentu tożsamości)

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym- rodzicem/ opiekunem prawnym\* pacjenta/dziecka:

.................................................................................................................................................................................

(Imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego)

data ur. : ..............................................., nr PESEL: .................................................................................................

i wyrażam zgodę\*\*:

□ na usługę jednorazową w dniu: ............................................ bez mojej obecności,

lub

□ na stałe udzielanie świadczeń medycznych bez mojej obecności.

.................................................................. ...................................................................

Miejscowość, data podpis składającego oświadczenie

\* niepotrzebne skreślić (w przypadku opiekuna prawnego konieczne jest przy składaniu oświadczenia przedstawienie dokumentu

potwierdzającego prawa do opieki nad pacjentem niepełnoletnim)

\*\* właściwe zaznaczyć

\*\*\* nie dotyczy świadczeń nieodpłatnych, do których pacjent posiada uprawnienia na podstawie odrębnej umowy (pakiet usług NFZ)