

Imię (imiona) i nazwisko dziecka	
Data urodzenia ¹ dziecka	
Data wystawienia upoważnienia	

UPOWAŻNIENIE DO WIZYT Z MAŁOLETNIM PACJENTEM

Ja, niżej podpisana / podpisany, jako przedstawiciel ustawowy ww. dziecka, upoważniam
(*proszę wskazać imię, nazwisko i datę urodzenia osoby upoważnionej*)

do towarzyszenia dziecku podczas udzielania mu świadczeń (*proszę wskazać nazwę poradni lub rodzaj świadczenia*)

w poniższym zakresie:

- ☐ jednorazowo w dniu (*proszę wskazać datę*) __.__.20__ r.,
- ☐ na czas określony (*proszę wskazać daty*) __.__.20__ r. - __.__.20__ r.,
- ☐ do odwołania.

Proszę o przekazanie wskazanej osobie informacji o stanie zdrowia dziecka, udzielonych świadczeniach i zaproponowanych metodach dalszego postępowania, łącznie z wydaniem recept, skierowań lub innej dokumentacji niezbędnej w dalszym postępowaniu diagnostyczno-lecznym.

Wyrażam zgodę na udzielenie dziecku niezbędnych świadczeń, za wyjątkiem tych świadczeń, które ze względu na swój charakter wymagają odrębnej, pisemnej zgody.

(podpis rodzica / opiekuna prawnego dziecka)

¹ Data urodzenia służy jedynie odróżnieniu osób o tym samym imieniu i nazwisku.