**UPOWAŻNIENIE WS. WIZYT MAŁOLETNIEGO PACJENTA, KTÓRY UKOŃCZYŁ 16. ROK ŻYCIA**

Ja, niżej podpisana / podpisany, jako przedstawiciel ustawowy małoletniego pacjenta (*proszę wskazać imię, nazwisko i datę urodzenia małoletniego pacjenta*)

_____

upoważniam tę osobę do samodzielnych wizyt w placówce medycznej i udzielania jej świadczeń (*proszę wskazać nazwę poradni lub rodzaj świadczenia*)

_____

w poniższym zakresie (*proszę zaznaczyć odpowiednio*):

- ☐ jednorazowo w dniu (*proszę wskazać datę*) _____,
- ☐ na czas określony (*proszę wskazać daty*) _____,
- ☐ do odwołania,
- ☐ do uzyskania pełnoletniości.

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

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

_____

(*podpis rodzica / opiekuna prawnego dziecka*)