

Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego)

1. Imię i nazwisko _____
2. Stopień pokrewieństwa do małoletniego _____

**Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego bez obecności przedstawiciela ustawowego
(rodzica/opiekuna prawnego)**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lekarskiego lub/i udzielenie innego świadczenia zdrowotnego w ramach badań wykonywanych na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz doktorantów oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców.

(imię i nazwisko małoletniego pacjenta, pesel)

W dniu (data usługi medycznej) _____ bez obecności przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego) ww. pacjenta małoletniego.

(miejsowość, data, czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

Zgoda pacjenta, który ukończył 16 lat na przeprowadzenie badania lekarskiego lub/i udzielenie innego świadczenia zdrowotnego:

(miejsowość, data, czytelny podpis pacjenta)