

OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA W WIEKU OD 16 DO 18 ROKU ŻYCIA

Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego bez obecności przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego Pacjenta w wieku od 16 do 18 roku życia.

Miejscowość: Data:

Ja, niżej podpisany(a)

imię i nazwisko:

PESEL lub nr dokumentu tożsamości:

adres zamieszkania:

stosunek przedstawiciela ustawowego do małoletniego (np. ojciec, matka):

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego obejmującego:

1. Konsultację u lekarza:

internisty	☐ Tak	☐ Nie
pediatry	☐ Tak	☐ Nie
rodzinnego	☐ Tak	☐ Nie
innej specjalizacji (jakiej)		

2. Świadczenia nielekarskie, w szczególności:

konsultacje psychologiczne	☐ Tak	☐ Nie
konsultacje logopedyczne	☐ Tak	☐ Nie
konsultacje dietetyczne	☐ Tak	☐ Nie
inne (jakie)		

3. Pobranie krwi ☐ Tak ☐ Nie

4. Przejście stomatologiczny/
kontrolną wizytę u ortodonta ☐ Tak ☐ Nie

5. Rehabilitację ☐ Tak ☐ Nie

6. Psychoterapię ☐ Tak ☐ Nie

- ☐ wizyta jednorazowa
- ☐ cykl zabiegów

- ☐ wizyta jednorazowa
- ☐ cykl spotkań

(imię i nazwisko małoletniego, data urodzenia lub PESEL)

Wizyta odbędzie się w dniu bez mojej obecności jako przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego wyżej wskazanego Pacjenta małoletniego.

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o charakterze, celu, sposobie udzielania oraz możliwych następstwach świadczeń zdrowotnych, a także o możliwości odmowy zgody.

Jednocześnie zobowiązuję się do zapłaty wszelkich kosztów usług medycznych świadczonych przez LUX MED Sp. z o.o. na rzecz wyżej wskazanego Pacjenta, zgodnie z Cennikiem oraz Ogólnymi Warunkami Udzielania Świadczeń Zdrowotnych, obowiązujących w LUX MED Sp. z o.o. w dniu realizacji usługi medycznej.

(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

(czytelny podpis Pacjenta w wieku od 16 do 18 r.ż.)

Podstawa prawna: Art. 17, ust. 1 oraz ust. 2 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.