

.....

Imię i nazwisko

....., data

.....

PESEL lub nr dokumentu tożsamości

.....

Adres zamieszkania

.....

Stosunek przedstawiciela ustawowego do małoletniego
(np. ojciec; matka)

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 lat.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego:

1. Konsultację lekarską u lekarza:
- Internisty TAK NIE
 - Pediatri TAK NIE
 - Rodzinnego TAK NIE
 - Innej specjalizacji (wypełnić jakiej) TAK NIE

.....

2. Przegląd stomatologiczny TAK NIE

3. Rehabilitacja TAK NIE
- jednorazowo
 - na cykl zabiegów

4. Psychoterapia TAK NIE

- jednorazowo cykl
- spotkań

.....

.....

(imię i nazwisko małoletniego, data urodzenia, PESEL)

w dniu (data usługi medycznej) bez obecności przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego ww. pacjenta małoletniego.

Jednocześnie zobowiązuje się do zapłaty w terminie, 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.

.....
Miejscowość, data,

.....
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 dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.