

UPOWAŻNIENIE DLA OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

Ja, niżej podpisana/y:

imię i nazwisko: _____

zamieszkała/y: _____

nr PESEL: _____

przedstawiciel ustawy małego:

imię i nazwisko: _____

nr PESEL, a w razie jego braku data urodzenia: _____

oświadczam, że wyrażam zgodę na:

- przeprowadzenie konsultacji lekarskiej w dniu _____,
- przeprowadzenie badań diagnostycznych w dniu _____,
- inne _____ w dniu _____,

u ww. małego w obecności opiekuna faktycznego:

imię i nazwisko: _____

zamieszkałej/go: _____

nr PESEL: _____

Upoważniam ww. opiekuna faktycznego do*:

- uzyskania informacji o stanie zdrowia ww. małego i przeprowadzonych badaniach oraz udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych;
- odbioru wyników badań ww. małego przeprowadzonych w dniu _____;
- odbioru innej dokumentacji medycznej (w tym recepty, opinie lekarskie, skierowania na badania dodatkowe) dotyczącej/przeznaczonej dla ww. małego.

data i podpis przedstawiciela ustawowego

* zaznaczyć właściwe