

## OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

**Szanowni Rodzice,**

*Bezpieczeństwo Waszego dziecka jest dla nas priorytetem.*

*Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi, zgodę na leczenie dziecka wydać mogą wyłącznie rodzice lub opiekun prawny. Zdajemy sobie sprawę z tego, że zdarzają się takie sytuacje kiedy na wizytę małoletni przychodzi z członkami rodziny. Abyśmy mogli przyjąć wtedy Państwa dziecko prosimy o wskazanie kto, z Waszych bliskich może przyjść na wizytę i jednocześnie wyrazić zgodę na leczenie Waszego dziecka w naszej placówce.*

**Dane Przedstawiciela ustawowego:**

---

*Imię, Nazwisko, PESEL, Adres zamieszkania, telefon kontaktowy*

**Dane dziecka:**

---

*Imię, Nazwisko, PESEL*

- Opracowanie CDPM -

**Działając jako Przedstawiciel Ustawowy dziecka upoważniam do przychodzenia z dzieckiem, na wizyty kontrolne, jak również do wyrażania zgody na jego leczenie w niniejszej placówce:**

**1.**

\_\_\_\_\_  
*Imię, Nazwisko, Adres zamieszkania, telefon, data urodzenia*

\_\_\_\_\_  
*Stopień pokrewieństwa*

**2.**

\_\_\_\_\_  
*Imię, Nazwisko, Adres zamieszkania, telefon, data urodzenia*

\_\_\_\_\_  
*Stopień pokrewieństwa*

\_\_\_\_\_  
Data i podpis

\_\_\_\_\_  
Data i podpis

**Na podstawie:**

*Art. 14 ust. 2 pkt 3 oraz art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2016.186 t.j. z dnia 2016.02.16).*

*Art. 34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz.U.z 2015 r. poz. 464).*

*Art., 97-98 Ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks Rodzinno Opiekuńczy (Dz.U. 1964.9.poz.59).*

- Opracowanie CDPM -