

Imię (imiona) i nazwisko dziecka	
Data urodzenia dziecka	
Data wystawienia upoważnienia	

UPOWAŻNIENIE DO WIZYT Z MAŁOLETNIM PACJENTEM

Ja, niżej podpisana / podpisany, jako przedstawiciel ustawy ww. dziecka, upoważniam (proszę wskazać imię, nazwisko i datę urodzenia osoby upoważnionej)

do towarzyszenia dziecku podczas udzielania mu świadczeń (proszę wskazać nazwę poradni lub rodzaj świadczenia)

w poniższym zakresie:

- jednorazowo w dniu (proszę wskazać datę) _____,
- na czas określony (proszę wskazać daty) _____,
- do odwołania.

Proszę o przekazanie wskazanej osobie informacji o stanie zdrowia dziecka, udzielonych świadczeniach i zaproponowanych metodach dalszego postępowania, łącznie z wydaniem recept, skierowań lub innej dokumentacji niezbędnej w dalszym postępowaniu diagnostyczno-leczniczym.

Wyrażam zgodę na udzielenie dziecku niezbędnych świadczeń, za wyjątkiem tych świadczeń, które ze względu na swój charakter wymagają odrębnej, pisemnej zgody.

(podpis rodzica / opiekuna prawnego dziecka)