



**UPOWAŻNIENIE JEDNORAZOWE DLA OSOBY TOWARZYSZĄCEJ PACJENTOWI MAŁOLETNIEMU**

Miejscowość: .....

Data:.....

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego: .....

Adres zamieszkania: .....

nr PESEL: ..... nr telefonu: .....

**upoważniam:**

Imię i nazwisko osoby upoważnionej: .....

Data urodzenia ..... seria i nr dowodu.....

Numer telefonu .....

do działania w moim imieniu w zakresie określonym w niniejszym upoważnieniu w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych mojemu dziecku, w szczególności do:

- obecności podczas wizyty lekarskiej/bilansu zdrowia/szczepienia / pobrania materiału do badań,**
  - otrzymywania informacji o stanie zdrowia dziecka w zakresie niezbędnym do realizacji wizyty (bez dostępu do dokumentacji medycznej),**
  - wyrażania zgody na wykonanie badań diagnostycznych i laboratoryjnych (w tym pobranie krwi) zleconych podczas wizyty, również w ramach wizyty komercyjnej,**
  - wyrażania zgody na wykonanie procedur medycznych zaplanowanych podczas wizyty w dniu wskazanym poniżej,**
  - \* .....
- (\*wpisać zakres czynności, jeśli są inne niż wskazane wyżej, niepotrzebne skreślić)

Dane dziecka:

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: ..... Numer PESEL.....

**Upoważnienie obowiązuje jednorazowo, wyłącznie w dniu ..... w Centrum Medycznym Świat Zdrowia ..... (należy wskazać konkretny adres)**

Oświadczam, że jestem rodzicem/opiekunem prawnym dziecka i nie jestem pozbawiony/a władzy rodzicielskiej, ani ta władza nie została mi ograniczona w zakresie pozwalającym na podejmowanie decyzji dotyczących zdrowia mojego dziecka. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego.

Podpis rodzica/opiekuna prawnego .....

Data .....