

ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO OSOBIE MAŁOLETNIEJ (16–18 LAT)

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon kontaktowy:

.....

Seria i numer dokumentu tożsamości:

.....

Imię i nazwisko dziecka (osoby małoletniej):

.....

Data urodzenia dziecka:

.....

Ja, niżej podpisany/a, jako rodzic/opiekun prawny wyrażam zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego (w tym m.in. badania, porady lekarskiej, diagnostyki, ewentualnego zabiegu) mojemu dziecku, które ukończyło 16. rok życia, przez uprawniony personel medyczny.

Mam świadomość, że zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażania zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego wspólnie z przedstawicielem ustawowym.

Data i miejsce:

....., dnia

Podpis rodzica/opiekuna prawnego:

Podpis rodzica/opiekuna prawnego

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, art. 17 ust. 1:

“Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego wspólnie z przedstawicielem ustawowym.”

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, art. 32 ust. 2:

“W przypadku pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat, do udzielenia świadczenia zdrowotnego wymagana jest zgoda pacjenta oraz jego przedstawiciela ustawowego.”