



ZDROWIE

Pieczęć placówki medycznej

**ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO  
NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO PACJENTOWI  
W WIEKU OD 16 DO 18 ROKU ŻYCIA BEZ OBECNOŚCI OPIEKUNA FAKTYCZNEGO**

**Dane osobowe przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego:**

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Numer PESEL lub typ i numer dowodu tożsamości

Stopień pokrewieństwa wyrażającego zgodę

**Oświadczam, że jako przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny wyrażam zgodę na realizację świadczenia medycznego:**

1. Konsultację lekarską, a także wydanie opinii i orzeczeń lekarskich  TAK  NIE
2. Pobranie materiału do badań np. krwi  TAK  NIE
3. Wykonanie szczepienia (dotyczy poradni dzieci zdrowych z wyznaczonym terminem)  TAK  NIE
4. Świadczeń w zakresie rehabilitacji:
- a) zabieg rehabilitacyjny jednorazowy w dniu:
- b) cykl ustalonych zabiegów rehabilitacyjnych: od  do
5. Konsultacji/usługi stomatologicznej:
- a) konsultację lekarską (badanie)  TAK  NIE
- b) leczenie stomatologiczne w zakresie:   TAK  NIE
- c) wykonanie znieczulenia miejscowego  TAK  NIE
- d) wykonanie badania radiologicznego (np. rtg, pantomogram)  TAK  NIE
- e) wykonanie czynności związanych z ortodontcją  TAK  NIE

w dniu

mojemu dziecku/wychowankowi/podopiecznemu:

Imię i nazwisko małoletniego

PESEL/Data urodzenia

**Bez obecności przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego i opiekuna faktycznego.**

Miejscowość, data i czytelny podpis składającego oświadczenie

Data i czytelny podpis osoby przyjmującej dokument

\* oznaczyć właściwie poprzez jednoznaczne zakreślenie

Dane osobowe będą przetwarzane przez PZU Zdrowie S.A w celach związanych z świadczeniem usług medycznych. Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych znajdują Państwo na stronie internetowej <https://www.pzuzdrowie.pl/kim-jestesmy/informacje-o-przetwarzaniu-danych-osobowych> oraz w naszych placówkach.

