

UPOWAŻNIENIE DO OBECNOŚCI INNEJ NIŻ RODZIC OSOBY PRZY BADANIACH MAŁOLETNIEGO

Ja, niżej podpisana/y (imię i nazwisko).....,
posługująca/y się numerem dowodu
zamieszkała/y w przy ul.,
oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie konsultacji lekarskiej,
badania diagnostycznego lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego mojego dziecka
(imię i nazwisko).....,
PESEL,
w obecności tymczasowego opiekuna pani **Róży Włosińskiej**, legitymującej się **dowodem osobistym o numerze AXC 594829**, zamieszkałej w **Rycerze Górnej 274, 34-370 Rajcza**.
oraz do uzyskania przez w./w opiekuna informacji o stanie zdrowia dziecka oraz odbioru dokumentacji medycznej (w tym recepty, opinie lekarskie, skierowania na badania)

Oświadczam również, że w razie zagrożenia życia lub zdrowia mojego dziecka, wyrażam zgodę na leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

Jednocześnie informuję, że dziecko przeszło szczepienia według kalendarza szczepień ,
dodatkowe szczepienia(jakie?, kiedy?)

.....
Nie przeszło szczepień (zaznaczyć właściwe).

Dziecko jest uczulone na leki (jakie?).....

Przyjmuje leki (jakie i w jakich dawkach).....
.....

.....
data i podpis opiekuna