

UPOWAŻNIENIE DO OBECNOŚCI OSOBY INNEJ NIŻ RODZIC PRZY BADANIACH MAŁOLETNIEGO

Ja, niżej podpisana/y (imię i nazwisko).....,
postępująca/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 **Ryercce 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.

Dziecko przeszło szczepienia według kalendarza szczepień : TAK – NIE (zaznaczyć właściwe)

Dziecko przeszło szczepienia na COVID-19 : TAK – NIE (zaznaczyć właściwe)
(data ostatniego szczepienia).....

dotatkowe szczepienia (jakie?, kiedy?)
.....

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

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

.....
data i podpis opiekuna