



Przychodnia Nowiny SPZOZ

ul. Białe Zagłębie 32

26-052 Nowiny

## OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Szanowni Rodzice,

### Bezpieczeństwo Waszego dziecka jest dla nas priorytetem.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi, zgodę na leczenie dziecka wydać mogą wyłącznie rodzice lub opiekun prawny. Zdajemy sobie sprawę z tego, że zdarzają się takie sytuacje, kiedy na wizytę małego pacjenta przychodzi z członkami rodziny. Abyśmy mogli przyjąć wtedy państwa dziecko prosimy o wskazanie kto z waszych bliskich może przyjść na wizytę i jednocześnie wyrazić zgodę na leczenie Waszego dziecka w naszej placówce.

### Dane przedstawiciela ustawowego:

---

---

*(Imię, nazwisko, PESEL, adres zamieszkania, telefon kontaktowy)*

### Dane dziecka:

---

---

*(Imię, nazwisko, pesel)*

Działając jako Przedstawiciel Ustawowy dziecka upoważniam do przychodzenia z dzieckiem na wizyty kontrolne, jak również do wyrażania zgody na jego leczenie w niniejszej placówce:

1. \_\_\_\_\_

*Imię, nazwisko, adres zamieszkania, telefon, data urodzenia*

\_\_\_\_\_  
*Stopień pokrewieństwa*

2. \_\_\_\_\_

*Imię, nazwisko, adres zamieszkania, telefon, data urodzenia*

\_\_\_\_\_  
*Stopień pokrewieństwa*

**Data i podpis**

---

**Data i podpis**

---

### Na podstawie:

Art.14 ust.2 pkt 3 oraz art. 26 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U.2016.186 tj. z dnia 2016.02.16); Art. 34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz.U. z 2015 r. poz.464);

Art. 97-98 Ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks Rodzinny i Opiekuńczy (Dz.U. 1964.9 poz.59).