



SP ZOZ
Ośrodek Profilaktyki i Leczenia
Uzależnień

41-800 Zabrze
ul. Park Hutniczy 6
www.opilu.pl

tel. 32 278 11 99, 271 84 42
fax 32 278 11 99 w. 104
e-mail: opilu@opilu.pl

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
Numer dokumentu tożsamości

ZGODA OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA Z UPOWAŻNIENIEM

Ja niżej podpisana/y, jako rodzic/opiekun prawny, wyrażam zgodę na udzielenie świadczeń zdrowotnych wykonywanych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ośrodka Profilaktyki i Leczenia Uzależnień.

Imię i nazwisko małoletniego Pacjenta:

.....
Numer PESEL małoletniego Pacjenta:

.....
Data urodzenia małoletniego Pacjenta:

Oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej w/w małoletniego Pacjenta zobowiązuję się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

Zgadzam się na badanie, zabiegi profilaktyczne oraz leczenie terapeutyczne u w/w małoletniego Pacjenta. Oświadczam, iż jestem przedstawicielem ustawowym małoletniego Pacjenta i posiadam pełnię władzy rodzicielskiej nad nim, a niniejsza zgoda została wyrażona wspólnie, w porozumieniu z drugim przedstawicielem ustawowym małoletniego Pacjenta, o ile taki występuje. Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich świadczeń medycznych.



SP ZOZ
Ośrodek Profilaktyki i Leczenia
Uzależnień

41-800 Zabrze
ul. Park Hutniczy 6
www.opilu.pl

tel. 32 278 11 99, 271 84 42
fax 32 278 11 99 w. 104
e-mail: opilu@opilu.pl

Jednocześnie oświadczam, że upoważniam Panią/Pana (opiekuna faktycznego):

.....
(imię i nazwisko)

.....
(numer PESEL)

.....
(numer dokumentu tożsamości)

.....
(kim opiekun jest dla małoletniego Pacjenta)

- a) do opieki nad małoletnim Pacjentem w czasie oczekiwania na świadczenie zdrowotne;
- b) do obecności oraz opieki nad małoletnim Pacjentem w czasie trwania świadczenia zdrowotnego oraz po jego zakończeniu;
- c) do uzyskania informacji o stanie zdrowia małoletniego Pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

d) inne:

.....
Oświadczam, iż znane są mi prawa pacjenta wynikające z karty Praw Pacjenta, dostępne do wglądu w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ośrodka Profilaktyki i Leczenia Uzależnień lub na stronie internetowej: nfz.gov.pl

Jestem świadoma/my, iż podpisując niniejsze upoważnienie, równocześnie wyrażam zgodę na podjęcie zabiegów i działań medycznych, w tym ratujących życie, będących konsekwencją ewentualnych powikłań w czasie wykonywania procedur medycznych.

.....
(miejscowość, data)

.....
Podpis rodzica/prawnego
opiekuna dziecka