

**Zgoda na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia medycznego  
bez obecności rodzica lub opiekuna prawnego pacjenta małoletniego**

Ja, niżej podpisany(a) .....,  
( nazwisko i imię rodzica / opiekuna)

zam. w ..... przy ul .....  
występujący jako przedstawiciel ustawowy / opiekun \*) małoletniego oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń  
zdrowotnych w podmiocie leczniczym Fizjoterapia sc: w Przemyślu, ul. Basztowa 13\*) / w filii Nienadowa 502A\*)

małoletniemu: ..... Pesel: .....ur.....  
( nazwisko i imię dziecka) ( nr PESEL ) ( data urodzenia )

bez obecności rodzica / opiekuna prawnego bądź opiekuna faktycznego ww. pacjenta małoletniego.

Zgoda obejmuje:  badanie lekarskie.....w dniu .....,

inne:.....w okresie od dnia.....do dnia.....,

Równocześnie oświadczam, że jestem w pełni świadomy(a) że:

- obowiązek nadzoru oraz zapewnienia bezpieczeństwa małoletniemu spoczywa na podmiocie leczniczym **wyłącznie w czasie udzielania świadczeń,**
- **w pozostałym czasie ponoszę pełną odpowiedzialność** za zaniedbania w nadzorze i za zachowanie małoletniego, na zasadzie winy w nadzorze, jako osoba do tego nadzoru zobowiązana.

Niniejsza zgoda jest ważna aż do jej pisemnego odwołania.

.....  
( data i podpis rodzica lub opiekuna prawnego )

\*) niepotrzebne skreślić