

**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