|  |  |
| --- | --- |
| Imię (imiona) i nazwisko dziecka |  |
| Data urodzenia dziecka |  |
| Data wystawienia upoważnienia |  |

**UPOWAŻNIENIE DO WIZYT Z MAŁOLETNIM PACJENTEM**

Ja, niżej podpisana / podpisany, jako przedstawiciel ustawowy ww. dziecka, upoważniam (*proszę wskazać imię, nazwisko i datę urodzenia osoby upoważnionej*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

do towarzyszenia dziecku podczas udzielania mu świadczeń (*proszę wskazać nazwę poradni lub rodzaj świadczenia*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

w poniższym zakresie:

|  |
| --- |
|[x]  jednorazowo w dniu (*proszę wskazać datę*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |
|[ ]  na czas określony (*proszę wskazać daty*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |
|[ ]  do odwołania. |

Proszę o przekazanie wskazanej osobie informacji o stanie zdrowia dziecka, udzielonych świadczeniach i zaproponowanych metodach dalszego postępowania, łącznie z wydaniem recept, skierowań lub innej dokumentacji niezbędnej w dalszym postępowaniu diagnostyczno-leczniczym.

Wyrażam zgodę na udzielenie dziecku niezbędnych świadczeń, za wyjątkiem tych świadczeń, które ze względu na swój charakter wymagają odrębnej, pisemnej zgody.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(podpis rodzica / opiekuna prawnego dziecka)