**UPOWAŻNIENIE**

 **DO OBECNOŚCI INNEJ OSOBY NIŻ *OPIEKUN PRAWNY*  PRZY BADANIACH MAŁOLETNIEGO**

*Imię i nazwisko małoletniego pacjenta................................................................................................................................*

*Nr PESEL ….........................................................................................................................................................................*

***Ja niżej podpisana/ny OPIEKUN PRAWNY ww. dziecka***

*Imię i nazwisko OPIEKUNA PRAWNEGO..........................................................................................................................*

*Nr PESEL …........................................................................................................................................................................*

*Adres zamieszkania..............................................................................................................................................................*

***oświadczam, że wyrażam zgodę na:***

*□*  **przeprowadzenie konsultacji lekarskiej** *□*  **w terminie ….................................................**

**□ pobranie krwi □ bezterminowo**

**□ przeprowadzenie badań diagnostycznych**

**□ inne.........................................................................................................................................................................**

***u mojego dziecka w obecności OPIEKUNA FAKTYCZNEGO***

*Imię i nazwisko OPIEKUNA FAKTYCZNEGO......................................................................................................................*

*Nr PESEL .............................................................................................................................................................................*

*Adres zamieszkania................................................................................................................................................................*

*data i podpis rodzica/ przedstawiciela ustawowego..........................................................................................................*