

---

**Oświadczenie przedstawiciela ustawowego pacjenta do 18 roku życia**  
**Statement of the statutory representative of a patient under the age of 18**

---

.....  
*Imię i nazwisko adres zam.*  
*Name, surname and address of residence*

Warszawa, dnia  
Warsaw, dated .....

.....  
*Nr dokumentu tożsamości*  
*Number of the identity document*

.....  
*Stosunek do małoletniego (np. ojciec; matka)*  
*Relation to the minor (e.g. father; mother)*

.....  
*Nr telefonu w razie konieczności pilnego kontaktu*  
*Telephone number in case of an emergency*

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na:**  
**I hereby grant my consent to:**

- 1) konsultację lekarską, badania diagnostyczne bez ingerencji w integralność fizyczną pacjenta (np. usg), a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich):

medical consultation, diagnostic tests which do not interfere with the physical integrity of the patient (e.g. ultrasound), and issuing of opinions and medical statements:

TAK   
YES

NIE   
NO

- 2) Rehabilitację: TAK  NIE   
Rehabilitation: YES NO

- 3) pobrania krwi i/lub wydzielin organizmu: TAK  NIE   
taking of blood and/or other body secretion sample: YES NO

- 4) odebranie recepty na leki zaordynowane w trakcie wizyty:  
collection of a prescription for medicines prescribed during the consultation:

TAK   
YES

NIE   
NO

.....  
(imię i nazwisko małoletniego)  
(name and surname of the minor)

w dniu:

dated: .....

(data usługi medycznej)  
(date of the medical service)

w obecności opiekuna faktycznego:

in the presence of the *de facto* guardian: .....

(imię i nazwisko)  
(name and surname)

Nr dokumentu tożsamości opiekuna

Number of the identity document of the guardian: .....

Podpis osoby składającej oświadczenie

Signature of the person making the statement: .....

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie

Signature of the person accepting the statement: .....