

## UPOWAŻNIENIE DO OBECNOŚCI OSOBY INNEJ NIŻ RODZIC PRZY BADANIACH MAŁOLETNIEGO

Ja, niżej podpisana/y (imię i nazwisko).....,  
posługująca/y się numerem dowodu .....  
zamieszkała/y w ..... przy ul. ....,  
oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie konsultacji lekarskiej,  
badania diagnostycznego lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego mojego dziecka  
(imię i nazwisko).....,  
PESEL .....,  
w obecności tymczasowego opiekuna pani **Róży Włosińskiej**, legitymującej się **dowodem osobistym o numerze DGT 313782**, zamieszkałej w **Chorzowie przy ul. Jagiellońska 3/2** oraz do uzyskania przez w./w opiekuna informacji o stanie zdrowia dziecka oraz odbioru dokumentacji medycznej (w tym recepty, opinie lekarskie, skierowania na badania)

Oświadczam również, że w razie zagrożenia życia lub zdrowia mojego dziecka, wyrażam zgodę na leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

Dziecko przeszło szczepienia według kalendarza szczepień :    TAK – NIE    ( zaznaczyć właściwe)

dodatkowe szczepienia (jakie?, kiedy?)

.....  
.....

Dziecko jest uczulone na leki (jakie?).....

Przyjmuje leki ( jakie i w jakich dawkach).....

.....

.....  
data i podpis rodzica/opiekuna