



Przychodnia Rodzinna Euro-Med

42-200 Częstochowa
Ul. 3 Maja 16
Tel. 34 361 27 62
www.przychodniaeuro.pl

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY DZIECKA:

Imię i nazwisko.....zam:.....
PESEL.....stopień pokrewieństwa.....
Imię i nazwisko.....zam:.....
PESEL.....stopień pokrewieństwa.....

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko pacjenta.....
Adres zamieszkania.....
PESEL.....Telefon kontaktowy.....

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZEPROWADZENIE
BADANIA/ZABIEGU DZIECKA**

Jako przedstawiciel ustawowy/opiekun faktyczny/sąd opiekuńczy:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania/udzielenie świadczenia zdrowotnego przez Przychodnia Rodzinna Euro-Med w zakresie: Porad lekarskich w poradniach AOS, w Poradni Chirurgii Dziecięcej, w Gabinetce Diagnostycznym,

Zostałam/tem zapoznana/ny o możliwych powikłaniach w trakcie leczenia.

.....
Data i podpis