

OŚWIADCZENIE

Na podstawie § 8 pkt.3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzoru dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U z 2015r., poz. 2069 ze zm.), niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta (Dz. U. z 2016r., poz. 186 t.j.).

.....
imię i nazwisko, data urodzenia, Pesel osoby małoletniej

....., dn.

miejsowość

.....
czytelny podpis opiekuna prawnego
osoby małoletniej