

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Szkół wyższych  
Al. Wojska Polskiego 97  
70-481 Szczecin  
Tel. +48 91 422 12 45  
NIP: 852 22 08 689

Szczecin, .....

**Zgoda przedstawiciela ustawowego  
(rodzica / opiekuna prawnego) na:**

- Wizyty pacjenta w obecności wskazanego opiekuna (0-18 lat)  
 Samodzielne wizyty pacjenta (16-18 lat)

.....  
Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego

.....  
Adres zamieszkania

.....  
PESEL

.....  
Stosunek prawny do niepełnoletniego (np. ojciec, matka, opiekun prawny)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na badanie lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego bez mojej obecności u:

.....  
imię i nazwisko pacjenta

W .....  
nazwa poradni

a w obecności opiekuna faktycznego (nie wypełniać w przypadku zgody na samodzielne wizyty pacjenta:

.....  
Imię i nazwisko opiekuna faktycznego

.....  
Adres zamieszkania

.....  
PESEL / data urodzenia

.....  
podpis osoby składającej oświadczenie

.....  
podpis osoby przyjmującej oświadczenie

**Consent of a lawful parent / guardian to:**

- medical examination/treatment in the presence of a designated caregiver (patient's age: 0-18)  
 medical examination/treatment of an unaccompanied minor (patient's age: 16-18)

.....  
Name and surname of lawful parent / guardian

.....  
Residence address

.....  
PESEL number – if applicable

.....  
Legal relationship to the minor (e.g. father, mother, lawful guardian)

**I hereby give my consent to examination or medical treatment of:**

.....  
name and surname of the patient

in .....  
name of the medical facility

**without my presence but in the presence of a temporary caregiver (do not fill in for consent to examination/treatment of an unaccompanied minor)**

.....  
Name and surname of temporary caregiver

.....  
Residence address

.....  
PESEL – if applicable / date of birth

.....  
Signature of the consenter

.....  
Signature of the clerk