

# Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży w Rawie Mazowieckiej

## Zgoda na samodzielne wizyty pacjenta, który ukończył ..... lat

Ja .....  
(Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)

nr PESEL: ....., legitymujący/a się: .....  
(nazwa dokumentu tożsamości)

seria: ..... nr: .....

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym- rodzicem/ opiekunem prawnym\*

pacjenta/dziecka: .....  
(Imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego)

data ur. : ....., nr PESEL: ..... i wyrażam zgodę\*\*:

- na usługę jednorazową w dniu: ..... bez mojej obecności,  
lub
- na stałe udzielanie świadczeń medycznych bez mojej obecności.

.....  
(Miejscowość, data podpis składającego oświadczenie)

\* niepotrzebne skreślić (w przypadku opiekuna prawnego konieczne jest przy składaniu oświadczenia przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawa do opieki nad pacjentem niepełnoletnim)

\*\* właściwe zaznaczyć