REHADENT

ZGODA NA SAMODZIELNE WIZYTY NIEPEŁNOLETNIEGO PACJENTA

Ja ..... PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

legitymująca/y się dowodem osobistym numer: ☐

oświadczam, że jestem rodzicem/opiekunem prawnym*:

.....

(Imię i nazwisko Podopiecznego)

PESEL Podopiecznego: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

wyrażam zgodę:

(Proszę zaznaczyć wpisując **X**)

☐ na rehabilitację jednorazową bez mojej obecności / bez obecności opiekuna faktycznego, w dniu ☐

☐ na stałe wykonywanie świadczeń medycznych bez mojej obecności / bez obecności opiekuna faktycznego

☐ .....

DATA CZYTELNY PODPIS

* niepotrzebne skreślić