

## OŚWIADCZENIE

Na podstawie § 8 ust.1 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 2017r., poz. 1318 ze zm.).

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

....., dn. ....

miejsowość

.....

czytelny podpis przedstawiciela ustawowego  
pacjenta małoletniego