

Oświadczenie przedstawiciela ustawowego pacjenta do 18 roku życia.

Zgoda przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego na udzielenie świadczenia zdrowotnego pacjentowi do 18 roku życia w obecności opiekuna faktycznego oraz na udzielenie opiekunowi faktycznemu informacji.

Dane podstawowe przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko:
PESEL:
Adres zamieszkania:
Stopień pokrewieństwa wyrażającego zgodę:
Nr telefonu:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na:

TAK

NIE

Konsultację okulistyczną wraz z badaniem dna oka oraz pomiarem ciśnienia oczu		
Podanie kropli do oczu oraz samodzielny powrót po ich podaniu do domu (krople znacznie obniżają widzenie).		
Badanie strabologiczne		
OCT		
HRT		
Pole widzenia		
Pachymetrię		
Mapę rógówki		
USG gałek ocznych		
UBM		
Zdjęcie barwne		
Angiografię fluoresceinową		
Angiografię indocyjaninową		
Odebranie recepty na zaordynowane w trakcie wizyty leki		

Dla:

Imię i nazwisko małoletniego, data urodzenia, PESEL:
--

W dniu:

W obecności opiekuna faktycznego:

Imię i nazwisko:
PESEL:

.....
Miejscowość, data, czytelny podpis składającego oświadczenie

Oświadczam, że wyrażam również zgodę na udzielenie opiekunowi faktycznemu informacji o stanie zdrowia dziecka, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

.....
Miejscowość, data, czytelny podpis składającego oświadczenie