

Oświadczenie przedstawiciela ustawowego pacjenta w wieku od 16 do 18 lat.

Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego pacjentowi od 16 do 18 roku życia bez obecności przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego.

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 rogówki		
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: bez obecności przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego ww. pacjenta małoletniego.

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