

СОГЛАСИЕ НА ПОСЕЩЕНИЕ ВРАЧА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ(ЕЙ) ПАЦИЕНТОМ(КОЙ)

Фамилия и имя пациента:

ПЕСЕЛ пациента: Дата рождения пациента*:.....

Номер и тип документа, удостоверяющего личность пациента*:

Фамилия и имя законного представителя или фактического опекуна**:

Перед подписанием заявления просим предоставить информацию о состоянии здоровья пациента:

Страдает ли пациент от эпилепсии, диабета, тромбозов, аллергии или других заболеваний?

.....
.....

Другая важная информация о состоянии здоровья пациента:

.....
.....

Дополнительные замечания:

.....
.....

Заявление:

Я, нижеподписавшийся(аяся)**, ДАЮ СОГЛАСИЕ на посещение врача несовершеннолетним(ей) пациентом(кой).

Я даю согласие на:

☐ гинекологическое обследование

☐ назначение противозачаточных препаратов

☐ гинекологическую консультацию

☐ другое обследование, какое:

☐ консультацию по вопросам контрацепции

☐ другую консультацию, какую:

Основание:

Dz.U.2014.121 j.t. с поздн. изм., ст. 10 §1 Гражданского кодекса — несовершеннолетним является лицо, не достигшее 18 лет.

Dz.U.2012.159 j.t. с поздн. изм., ст. 17.1 — Пациент, в том числе несовершеннолетний, достигший 16 лет, имеет право дать согласие на обследование или иное медицинское вмешательство врача.

.....

(дата и разборчивая подпись законного представителя / фактического опекуна**)

.....

(дата и разборчивая подпись пациента, если он(а) достиг(ла) 16 лет)

Примечания:

*заполнить, если у пациента нет номера ПЕСЕЛ

**ненужное зачеркнуть