



CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII W BYSTRZEJ

**ZGODA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W PORADNI LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

I UPOWAŻNIENIE DO OPIEKI NAD DZIECKIEM

Ja niżej podpisany.....PESEL □□□□□□□□□□ rodzic/opiekun
prawny dziecka wyrażam zgodę na:

- * badanie dziecka w trakcie wizyty lekarskiej Dziecka
- * pobranie krwi dziecka celem wykonania badań laboratoryjnych,
- * wykonanie testu Combo
- * wykonanie szybkiego testu ilościowego oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP)
- * wykonanie pulsoksymetrii SpO2 (nieinwazyjna metoda oceny zawartości tlenu we krwi)
- * oznaczenie antygenu Streptococcus z grupy A w wymazie z gardła (tzw. Streptest)
- * inne.....

Jednocześnie upoważniam Panią/Pana..... PESEL □□□□□□□□□□,
do:

- * opieki nad dzieckiem w trakcie udzielania tychże świadczeń,
- * uzyskania informacji o stanie zdrowia dziecka

Niniejsza zgoda i upoważnienie obowiązują w dniu.....

** należy postawić krzyżyk we właściwych polach*

Informuje się, że brak zgody na udzielanie informacji o stanie zdrowia dziecka może uniemożliwić udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz dziecka, w obecności opiekuna, którego dotyczy niniejszy dokument.

.....
Data i czytelny podpis (**imię i nazwisko**)
rodzica/ opiekuna prawnego

*** Wypełnia pracownik Centrum**

Tożsamość osoby upoważnionej do opieki nad dzieckiem potwierdzam na podstawie zgodności danych z upoważnienia z okazanym dokumentem tożsamości ze zdjęciem:

.....
Podać nazwę dokumentu tożsamości ze zdjęciem lub nazwę dokumentu potwierdzonego notarialnie

.....
(data i czytelny podpis pracownika)