

**Upoważnienie do obecności innej niż OPIEKUN PRAWNY osoby
przy badaniach małoletniego**

Imię, nazwisko małoletniego pacjenta.....
PESEL.....

Ja niżej podpisana/ny opiekun prawny w/w dziecka

Imię, nazwisko.....
legitymujący się (dokument).....nrseria.....
adres zamieszkania /telefon.....

oświadczam, że wyrażam zgodę na:

- przeprowadzenie pełnego badania okulistycznego , także na podanie kropli prowadzących do rozszerzenia źrenicy oraz porażenia akomodacji
w obecności osoby upoważnionej przeze mnie *

Imię, nazwisko.....
legitymujący się (dokument).....nrseria.....
adres zamieszkania /telefon.....

.....
miejsowość, data , podpis opiekuna prawnego

* pacjentowi nieletniemu musi towarzyszyć opiekun prawny lub osoba upoważniona