



**UPOWAŻNIENIE I ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/ dla innej osoby
do reprezentowania małoletniego pacjenta i wyrażania zgody na procedury medyczne**

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna:
Seria i numer dowodu osobistego:
Numer PESEL:
Numer telefonu kontaktowego:

jako przedstawiciel ustawowy małoletniego pacjenta:

Imię i nazwisko dziecka:
Data urodzenia i PESEL dziecka:

UPOWAŻNIAM:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:
Seria i numer dowodu osobistego:
Numer PESEL:
Stopień pokrewieństwa/relacja (np. babcia, niania):

do towarzyszenia małoletniemu pacjentowi podczas wizyt lekarskich w poradni alergologicznej:
Clinica Vitae sp. z o.o. , ul.Gospody 7 , 80-344 Gdańsk
(wpisać nazwę i adres poradni)

ZAKRES UPOWAŻNIENIA I ZGODY:

1. Upoważniam wyżej wymienioną osobę do pełnienia roli opiekuna faktycznego dziecka podczas wizyt, badań oraz w czasie obowiązkowego 30-minutowego okresu obserwacji po podaniu szczepionki.
2. Wyrażam zgodę na realizację procedury swoistej immunoterapii alergenowej (odczulania), w tym na każdorazowe badanie kwalifikacyjne, podawanie dawek szczepionki drogą iniekcji oraz wykonywanie niezbędnych testów i badań diagnostycznych (np. spirometrii).
3. Upoważniam wskazaną osobę do uzyskiwania pełnej informacji o stanie zdrowia mojego dziecka, wynikach badań oraz procesie leczenia w zakresie bieżącej wizyty, a także do podpisywania dokumentacji medycznej wymaganej przez placówkę.
4. Oświadczam, że akceptuję ryzyko związane z procedurą odczulania (w tym ryzyko reakcji alergicznych i wstrząsu) i wyrażam zgodę na podjęcie przez personel medyczny natychmiastowych działań ratujących życie w razie konieczności.

.....
(czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego)

OŚWIADCZENIE MAŁOLETNIEGO PACJENTA (wymagane TYLKO, gdy dziecko ukończyło 16 lat):
Ja, niżej podpisany/a, wyrażam zgodę na wizyty w obecności wskazanego wyżej opiekuna oraz na realizację procedury odczulania.

.....
(czytelny podpis małoletniego pacjenta)

