

ZGODA NA POBRANIE MATERIAŁU BIOLOGICZNEGO I WYKONANIE BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH

1. Dane pacjenta: małoletniego/niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody

IMIĘ

NAZWISKO :

PESEL/ DATA URODZENIA :

2. Dane przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego pacjenta

PAN/PANI:

IMIĘ

NAZWISKO :

PESEL/ DATA URODZENIA :

TELEFON KONTAKTOWY:

LEGITYMUJĄCY/CA SIĘ DOKUMENTEM TOŻSAMOŚCI

RODZAJ/SERIA I NUMER:

ZGODA NA POBRANIE MATERIAŁU BIOLOGICZNEGO I WYKONANIE BADAŃ DIAGNOISTYCZNYCH

1. Wypełnia przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny pacjenta

WYRAŻAM ZGODĘ

NIE WYRAŻAM ZGODY

Data i czytelny podpis:

2. Wypełnia pacjent małoletni, który ukończył 16 lat

WYRAŻAM ZGODĘ

NIE WYRAŻAM ZGODY

Data i czytelny podpis:

3. Zezwolenie sądu opiekuńczego na pobranie materiału biologicznego (krew) w przypadku braku przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego lub wystąpienia trudności w porozumieniu się z daną osobą

TAK

NIE

NIE DOTYCZY

Informacja: Dokument potwierdzający uprawnienia proszę dołączyć do niniejszego dokumentu.