

Gminny Zespół Lecznictwa Otwartego w Kietrze
Poradnia ginekologiczno-położnicza

Kietrz, dn.....

ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO* PACJENTKI NIEPEŁNOLETNIEJ

Wyrażam zgodę na badanie/leczenie/USG* ginekologiczne niepełnoletniej:

imię i nazwiskoPESEL

adres zamieszkania:

Dane rodzica/opiekuna pacjentki*:

imię i nazwisko PESEL

adres zamieszkania: pokrewieństwo

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

*niepotrzebne skreślić

Gminny Zespół Lecznictwa Otwartego w Kietrze
Poradnia ginekologiczno-położnicza

Kietrz, dn.....

ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO* PACJENTKI NIEPEŁNOLETNIEJ

Wyrażam zgodę na badanie/leczenie/USG* ginekologiczne niepełnoletniej:

imię i nazwiskoPESEL

adres zamieszkania:

Dane rodzica/opiekuna pacjentki*:

imię i nazwisko PESEL

adres zamieszkania: pokrewieństwo

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

*niepotrzebne skreślić