

**ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO
na pobranie krwi oraz wykonanie badań laboratoryjnych u pacjenta
(od 16 do 18 roku życia)**

Dane pacjenta (od 16 do 18 roku życia)

Imię i Nazwisko.....

PESEL:

Dane przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego) pacjenta

Imię i nazwisko:

PESEL.....

Stopień pokrewieństwa (np. ojciec, matka).....

Adres zamieszkania

.....

Nr telefonu.....

**Wyrażam zgodę na pobranie krwi i wykonanie badań laboratoryjnych
bez mojej obecności u.....(imię nazwisko pacjenta)**

Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna

Data i godzina pobrania , podpis osoby pobierającej.....