



**OŚWIADCZENIE O
WYRAŻENIU ZGODY NA
PRZEPROWADZENIE
BADANIA/ZABIEGU DZIECKA**

CENTRUM REHABILITACJI EKOVI
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
Ul. Klasztorna 23, 42-200 Częstochowa
www.ekovita.net info@ekovita.net

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY DZIECKA:

Imię i nazwisko.....zam:.....
PESEL.....stopień pokrewieństwa.....
Imię i nazwisko.....zam:.....
PESEL.....stopień pokrewieństwa.....

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko pacjenta.....
Adres zamieszkania.....
PESEL.....
Telefon kontaktowy.....

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZEPROWADZENIE
BADANIA/ZABIEGU DZIECKA**

Jako przedstawiciel ustawowy/opiekun faktyczny/sąd opiekuńczy:
Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania/udzielenie świadczenia zdrowotnego przez Centrum
Rehabilitacji Ekovita sp. z o.o. w zakresie: porad lekarskich w poradniach AOS, w Poradni
Rehabilitacyjnej, w Gabinetce Diagnostycznym, w dziale Fizjoterapii.
Zostałam/łem zapoznana/ny o możliwych powikłaniach w trakcie leczenia.

.....
Data i podpis