

Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki
W Gorzowie Wlkp.
ul. Dekerta 1
66-400 Gorzów Wlkp.
Oddział Dziecięcy z P/Oddz. Neurologi Dziecięcej

Gorzów Wlkp.,

ZGODA NA KONSULTACJĘ

Wyrażam zgodę na konsultację

mojego dziecka
(imię i nazwisko, pesel dziecka).

Pytania rodzica/opiekuna/pacjenta > 16rż. dotyczące konsultacji:

.....
.....

Oświadczam, że uzyskałam/uzyskałem wyczerpujące informacje na temat w/w konsultacji
oraz miałam/miałem możliwość zadawania pytań i wyjaśnienia wątpliwości.

.....
(podpis opiekuna prawnego)

.....
podpis dziecka > 16rż.

Podpis i pieczęć lekarza przyjmującego zgodę
.....