

## Upoważnienie do podejmowania decyzji medycznych

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko rodzica / prawnego opiekuna:	
PESEL:	
Adres zamieszkania:	
Telefon kontaktowy:	

udzielam upoważnienia

Imię i nazwisko opiekuna:	
Stanowisko / funkcja:	

do podejmowania decyzji medycznych w moim imieniu dotyczących mojego dziecka w przypadku nagłej choroby lub wypadku, w szczególności do:

- wyrażenia zgody na udzielenie pierwszej pomocy,
- wyrażenia zgody na przeprowadzenie niezbędnych badań diagnostycznych,
- wyrażenia zgody na podanie leków koniecznych w nagłych przypadkach,
- wyrażenia zgody na hospitalizację, zabieg operacyjny oraz inne interwencje medyczne ratujące życie lub zdrowie dziecka.

Dane dziecka:

Imię i nazwisko:	
Data urodzenia / PESEL:	
Adres zamieszkania:	
Choroby przewlekłe / alergię / przyjmowane leki:	

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis rodzica / prawnego opiekuna