

Data

**OŚWIADCZENIE PACJENTA
PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY / OPIEKUN FAKTYCZNY**

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem faktycznym¹
małoletniego/osoby ubezwłasnowolnionej *

.....

.....

(imię i nazwisko oraz nr pesel małoletniego/osoby ubezwłasnowolnionej)

.....

Czytelny podpis

.....

Nr pesel

*przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego**

* *niepotrzebne skreślić*

¹ **opiekun faktyczny** wg definicji zawartej w art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417, z późn. zm.), to osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga