

Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego)

1. Imię i nazwisko.....
2. Stopień pokrewieństwa do małoletniego.....

**Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego bez obecności przedstawiciela ustawowego  
(rodzica/opiekuna prawnego)**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lekarskiego lub/i udzielenie innego świadczenia zdrowotnego w ramach badań wykonywanych na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz doktorantów oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców.

.....  
(imię i nazwisko małoletniego pacjenta, pesel)  
.....

W dniu (data usługi medycznej) ..... bez obecności przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego) ww. pacjenta małoletniego.

.....  
(miejsowość, data, czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

Zgoda pacjenta, który ukończył 16 lat na przeprowadzenie badania lekarskiego lub/i udzielenie innego świadczenia zdrowotnego:

.....  
(miejsowość, data, czytelny podpis pacjenta)

Imię i nazwisko osoby badanej:.....

**BADANIE PODMIOTOWE**

Skargi badanego(ej):.....

	Tak	Nie	Opis	
Urazy czaszki				
Urazy układu ruchu				
Omdlenia				
Padaczka				
Inne choroby układu nerwowego				
Choroby psychiczne				
Cukrzyca				
Choroby narządu słuchu/głosu				
Choroby narządu wzroku				
Choroby układu krwiotwórczego				
Choroby układu krążenia				
Choroby układu oddechowego				
Choroby układu pokarmowego				
Choroby układu moczowo - pęciowego				
Choroby układu ruchu				
Choroby skóry / uczulenia				
Choroby zakaźne / pasożytnicze				
Wywiad ginekologiczno-położniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne)				
Wywiad rodzinny*				
Inne problemy zdrowotne				
Palenie tytoniu			W przeszłości:	Obecnie:
Inne używki				

Subiektywna ocena stanu zdrowia	Bardzo dobre		Dobre		Raczej Dobre		Raczej słabe		Słabe	
---------------------------------	--------------	--	-------	--	--------------	--	--------------	--	-------	--

	Tak	Nie	Opis - uwagi
Czy badany(a) przebywał(a) zabieg(i) operacyjny(e) ? Jakiej ? Kiedy ?			
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej ? Jakiej ?			
Czy badany(a) przyjmuje leki ? Jakiej ?			

Oświadczam, że zrozumiałem(am) treść zadawanych pytań i odpowiedziałem(am) na nie zgodnie z prawdą.

.....  
 (podpis badanego/ rodzica lub opiekuna prawnego)

.....  
 (podpis i pieczętka osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe)

\*W szczególności pod kątem występowania alergii (astmy), cukrzycy, choroby psychicznej, choroby serca, nadciśnienia tętniczego i nowotworów.