

Wyrażam zgodę na korzystanie ze świadczeń medycznych\*:

**\*niepotrzebne skreślić**

1) Zabiegi medyczne \*- .....  
(proszę podać jakie)

2) Badania laboratoryjne \*

2) Badania radiologiczne i ultrasonograficzne\*

3) Inne badania diagnostyczne\* .....  
(proszę podać jakie)

4) Wszystkie konsultacje specjalistów dostępnych w DCM Dolmed SA\*

przez moje dziecko .....

Data urodzenia.....

w Dolnośląskim Centrum Medycznym DOLMED S.A.

w obecności.....

.....

.....

Zgoda jest ważna aż do jej pisemnego odwołania.

Podpis opiekuna prawnego.....

Miejscowość i data.....