Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem faktycznym[[1]](#footnote-2) 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** wgdefinicji 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 [↑](#footnote-ref-2)