

NZOZ "Multi - Medyk" Sp. z o. o.  
pl. Św. Macieja 8  
50-244 Wrocław  
Poradnia ginekologiczno-położnicza

Wrocław, dnia .....

## **ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO\* PACJENTKI NIEPEŁNOLETNIEJ**

Wyrażam zgodę na badanie/leczenie/USG\* ginekologiczne niepełnoletniej:

imię i nazwisko .....PESEL .....

adres zamieszkania: .....

Dane rodzica/opiekuna pacjentki\*:

imię i nazwisko ..... PESEL .....

adres zamieszkania: ..... pokrewieństwo .....

.....  
(czytelny podpis rodzica/opiekuna pacjenta)

\* niepotrzebne skreślić