

## MEDYCZNE LABORATORIUM DIAGNOSTYCZNE

### Dane pacjenta (do 16 roku życia)

Nazwisko i imię pacjenta: .....

PESEL .....

### Dane przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego)

Nazwisko i imię: .....

PESEL .....

Nazwa dokumentu tożsamości: ..... seria: ..... nr: .....

*(paszport, dowód osobisty)*

stopień pokrewieństwa: .....

*(np. ojciec, matka)*

Adres zamieszkania: .....

.....

Telefon kontaktowy: .....

*(rodzica/przedstawiciela ustawowego)*

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na pobranie krwi i wykonanie badań laboratoryjnych**

**u** ..... w dniu .....

*(imię i nazwisko pacjenta)*

.....  
*data i czytelny podpis  
rodzica/przedstawiciela ustawowego pacjenta*