

NZOZ w Gminie Nowy Targ Sp.J.  
ul.Podhalańska 2  
34-471 Ludźmierz  
ks.rej.W-1200000006893

**ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO**  
**( RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO )**  
**na bezpłatne badanie poziomu glukozy we krwi u pacjenta**  
**( od 6 do 15 roku życia )**

**Dane pacjenta (od 6 do 15 roku życia):**

imię nazwisko.....

PESEL.....

**Dane przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego) pacjenta:**

imię nazwisko: .....

PESEL.....

stopień pokrewieństwa ( np. ojciec, matka).....

adres zamieszkania .....

.....

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na badanie poziomu glukozy we krwi bez mojej obecności u:**

.....

(imię nazwisko)

.....

data, czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

Badanie poziomu glukozy polega na nakłuciu palca nakłuwaczem i pobraniu próbki krwi na pasek testowy do glukometru. Wynik badania będzie przekazany pacjentowi w dniu badania.

**BEZPŁATNY PROGRAM PROFILAKTYCZNY ORGANIZOWANY PRZEZ:**  
**NZOZ W GMINIE NOWY TARG Sp.J.**

