

OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Ja, niżej podpisany/a zam.

PESEL:

na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 3 oraz art. 26 ust. 1, rozdziału 5 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.), S 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697 z późn. zm.) oświadczam, że:

1. Upoważniam / NIE upoważniam*

(imię i nazwisko osoby upoważnionej, pesel / data urodzenia, nr telefonu)

do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka

..... Pesel:

i udzielonych świadczeniach zdrowotnych w Specjalistycznym Centrum Medycznym SANMED w Rykach z wyłączeniem poradni

2. Upoważniam / NIE upoważniam*

(imię i nazwisko osoby upoważnionej, pesel / data urodzenia, nr telefonu)

do uzyskiwania dokumentacji medycznej mojego dziecka Pesel:

..... we wszelkich prawnie dopuszczalnych formach udostępniania dokumentacji medycznej w Specjalistycznym Centrum Medycznym

SANMED w Rykach z wyłączeniem poradni.....

3. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych mieszczących się w zakresie świadczeń udzielanych przez podmiot. Zostałem/am poinformowany/a, że zgoda na poszczególne świadczenia zdrowotne może być udzielana ustnie albo poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza lub personel medyczny czynnościom. Powyższa zgoda nie dotyczy zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta.

4. Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji od Specjalistycznym Centrum Medycznym SANMED na podany nr telefonu lub i adres poczty elektronicznej w formie SMS lub email.

Ryki, dnia

.....
(czytelny podpis pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego)**

*) niepotrzebne skreślić

**) w przypadku pacjenta małoletniego, który ukończył 16 rok