

OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Ja, niżej podpisany/a 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. 2009 Nr 52 poz. 417 z późn. zm.), § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 wietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2020 poz. 666) oświadczam, że jestem opiekunem prawnym mojego dziecka oraz opiekunem prawnym mojego dziecka jest:

Matka/opiekun prawny: *
(imię, nazwisko, PESEL/data urodzenia)

Ojciec/opiekun prawny: *
(imię, nazwisko, PESEL/data urodzenia)

1. Upoważniam / NIE upoważniam* (nie dotyczy opiekunów prawnych/rodziców)

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej, PESEL/ data urodzenia, telefon)
.....

do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka

PESEL i udzielonych świadczeniach zdrowotnych w Centrum Medycznym Internus

Sp. z o. o. z wyłączeniem poradni
.....

2. Upoważniam /NIE upoważniam * (nie dotyczy opiekunów prawnych/rodziców)

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej, PESEL/ data urodzenia, telefon)
.....

do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego dziecka

PESEL - we wszelkich prawnie dopuszczalnych formach udostępniania dokumentacji medycznej w Centrum Medycznym Internus Sp. z o. o. 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.

Puławy,

.....
(czytelny podpis pacjenta)

.....
(i/ lub jego przedstawiciela ustawowego)**

*) niepotrzebne skreślić

**) w przypadku pacjenta małoletniego, który ukończył 16 rok życia wymagana jest zgoda pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego. Administratorem Państwa danych osobowych jest Centrum Medyczne Internus Sp. z o. o. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych znajdują się w naszych przychodniach oraz na stronie: www.internus.pl/o-nas/politykaprywatności/