

Imię i nazwisko Pacjenta .....  
Adres zamieszkania .....  
PESEL .....  
Telefon kontaktowy .....

**OŚWIADCZENIE O ZEZWOLENIU NA PRZEPROWADZENIE BADANIA/  
UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO ORAZ  
ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH DZIECKA**

Jako /przedstawiciel ustawowy/ opiekun faktyczny/sąd opiekuńczy/\*

.....,  
zezwalam na /przeprowadzenie badania/ udzielenie świadczenia zdrowotnego/\* przez **Samodzielny  
Publiczny Miejsko-Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Mickiewicza 4, 38-200 Jasło**, w postaci

.....,  
oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka w systemach informatycznych  
świadczeniodawcy i płatnika.

.....  
Data i podpis

(\* Uwaga - niepotrzebne skreślić)

Zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 nr 52 poz. 417)  
i Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych

---

**UPOWAŻNIENIE OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA  
DZIECKA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH  
ORAZ DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI**

- Oświadczam, iż /do otrzymywania informacji na temat stanu zdrowia dziecka i udzielonych mu świadczeniach  
zdrowotnych/ oraz /do uzyskiwania dokumentacji medycznej (także w przypadku śmierci)/\* upoważniam  
następującą osobę:

Imię i nazwisko .....  
Adres zamieszkania .....  
Numer dowodu .....  
Telefon kontaktowy .....  
Stopień pokrewieństwa .....

-----  
Imię i nazwisko .....  
Adres zamieszkania .....  
Numer dowodu .....  
Telefon kontaktowy .....  
Stopień pokrewieństwa .....

- Oświadczam, iż nie udzielam upoważnienia /do przekazywania komukolwiek informacji o stanie zdrowia  
dziecka i o udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych (z wyłączeniem upoważnień ustawowych)/ oraz /do  
odbioru dokumentacji medycznej/\*.

.....  
Data i podpis

(\* Uwaga - niepotrzebne skreślić)

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji  
medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

Imię i nazwisko Pacjenta .....  
Adres zamieszkania .....  
PESEL .....  
Telefon kontaktowy .....

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZEPROWADZENIE BADANIA/  
UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO ORAZ  
ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na /przeprowadzenie badania/ udzielenie świadczenia zdrowotnego/\* przez  
**Samodzielny Publiczny Miejsko-Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Mickiewicza 4, 38-200 Jasło, w postaci**

.....  
zostałam/em zapoznana/y o możliwych powikłaniach w trakcie leczenia oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie  
moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

.....  
Data i podpis Pacjenta

(\* Uwaga - niepotrzebne skreślić)

Zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

---

**UPOWAŻNIENIE OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA  
I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH  
ORAZ DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI**

- Oświadczam, iż /do otrzymywania informacji na temat stanu mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach  
zdrowotnych/ oraz /do uzyskiwania dokumentacji medycznej (także w przypadku mojej śmierci)/\* upoważniam  
następującą osobę:

Imię i nazwisko .....  
Adres zamieszkania .....  
Numer dowodu .....  
Telefon kontaktowy .....  
Stopień pokrewieństwa .....

Imię i nazwisko .....  
Adres zamieszkania .....  
Numer dowodu .....  
Telefon kontaktowy .....  
Stopień pokrewieństwa .....

- Oświadczam, iż nie udzielam upoważnienia /do przekazywania komukolwiek informacji o stanie mojego zdrowia  
i o udzielonych świadczeniach zdrowotnych (z wyłączeniem upoważnień ustawowych)/ oraz /do odbioru mojej  
dokumentacji medycznej/\*.

.....  
Data i podpis Pacjenta

(\* Uwaga - niepotrzebne skreślić)

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania