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 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