medicome
Oświęcimskie Centrum Medyczne
ul. 3 Maja 10, 32-600 Oświęcim
tel. 570 333 337 oraz 698 901 491
R-121227840

Oświęcim, dnia ....

OŚWIADCZENIE DOT. PACJENTA MAŁOLETNIEGO

……..……...
Imię i nazwisko dziecka

.....……...
Adres zamieszkania

……
PESEL

Upoważniam / nie upoważniam* do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia dziecka i udzielanych mu świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji:

1. .....
(imię, nazwisko, data urodzenia, stopień pokrewieństwa)

Adres zamieszkania: ..... telefon: .....

2. .....
(imię, nazwisko, data urodzenia, stopień pokrewieństwa)

Adres zamieszkania: ..... telefon: .....

3. .....
(imię, nazwisko, data urodzenia, stopień pokrewieństwa)

Adres zamieszkania: ..... telefon: .....

4. .....
(imię, nazwisko, data urodzenia, stopień pokrewieństwa)

Adres zamieszkania: ..... telefon: .....

Wyrażam / nie wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 06.11.2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

* niepotrzebne skreślić

.....
Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego

Oświęcim, dnia ……..

Potwierdzam otrzymanie informacji dotyczącej ochrony danych osobowych w związku z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych.

……..
(Podpis)