

pieczęć placówki

## OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

### DANE PACJENTA

.....  
imię i nazwisko

.....  
PESEL

### DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

.....  
imię i nazwisko

.....  
PESEL

**Zezwalam na udzielenie świadczenia zdrowotnego w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Pro-med” sp. z o. o.**

*Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest ważna do momentu jej odwołania ( na podstawie art.14 ust.2 pkt 3 oraz art 26 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta- Dz.U.2016.186.t.j.z dnia 16.02.2016 )*

.....  
miejsowość , data

.....  
czytelny podpis rodzica /opiekuna prawnego

**Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady(UE)2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE ( ogólne rozporządzenie o ochronie danych) , wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych w tutejszej placówce na :**

- kontakt telefoniczny w celu realizacji świadczenia zdrowotnego( potwierdzenie, przesunięcie i odwołanie wizyty )
- kontakt telefoniczny w celu konsultacji wyników badań

W przypadku wyrażenia zgody na kontakt telefoniczny proszę o podanie nr telefonu:.....

.....  
miejsowość , data

.....  
czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego

Zostałem/-am poinformowany/-a o prawie dostępu do treści ww. danych oraz o prawie do ich poprawiania , aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

**Do uzyskiwania informacji o udzielonych świadczeniach oraz do dokumentacji medycznej we wszystkich prawnie dopuszczalnych formach upoważniam :**

Nie upoważniam nikogo

**1.**

Upoważniam do informacji o stanie zdrowia

upoważniam do dokumentacji medycznej

.....  
imię i nazwisko

.....  
data urodzenia

.....  
adres zamieszkania

**2.**

Upoważniam do informacji o stanie zdrowia

upoważniam do dokumentacji medycznej

.....  
imię i nazwisko

.....  
data urodzenia

.....  
adres zamieszkania

.....  
miejscowość , data

.....  
czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego

**Upoważniam do odbioru recept lub zleceń wystawionych w ramach realizacji świadczenia zdrowotnego:**

Nie upoważniam nikogo

**1.**

Upoważniam do odbioru:

.....  
Imię i nazwisko

.....  
data urodzenia

.....  
adres zamieszkania

**2.**

Upoważniam do odbioru:

.....  
Imię i nazwisko

.....  
data urodzenia

.....  
adres zamieszkania

.....  
Miejscowość , data

.....  
czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego