

Oświadczenie przedstawiciela ustawowego pacjenta niepełnoletniego

Matka	Ojciec
Imię:	Imię:
Nazwisko:	Nazwisko:
PESEL:	PESEL:
Nr telefonu:	Nr telefonu:

Ja, niżej podpisany(a),
(imię, nazwisko)

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym – rodzicem/opiekunem prawnym:

..... PESEL.....
(imię, nazwisko)

i niniejszym upoważniam

..... PESEL.....
(imię, nazwisko adres zamieszkania)

- ☐ upoważniam dowolną osobę
☐ nie upoważniam nikogo

Zakres upoważnienia:

- ☐ uzyskanie dokumentacji medycznej
☐ odbiór recept lub zleceń wystawionych w ramach realizacji mojego prawa do świadczeń, (zgodnie z art. 42 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.).
☐ uzyskanie informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach medycznych (zgodnie z art. 9 ust. z dnia 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)
☐ odbiór wyników laboratoryjnych
☐ zgoda na przeprowadzenie badania lekarskiego lub udzielenie innego świadczenia medycznego bez mojej obecności

.....
(pieczętka i podpis przyjmującego)

.....
(czytelny podpis pacjenta)

Oświadczenie powyższe dołącza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta.
Podstawa prawna: art. 42 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.).

ODWOŁANIE UPOWAŻNIENIA

Z dniem odwołuję niniejsze upoważnienie.

.....
(pieczętka i podpis przyjmującego)

.....
(czytelny podpis pacjenta)