

Dane pacjenta

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

Dane przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego lub faktycznego
(podać dane dwóch osób - jeżeli to możliwe)

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Numer dowodu

Telefon kontaktowy

Stopień pokrewieństwa

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Numer dowodu

Telefon kontaktowy

Stopień pokrewieństwa

UPOWAŻNIENIE

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015 poz. 2069) do otrzymywania informacji na temat stanu zdrowia dziecka i udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych/ oraz /do uzyskiwania dokumentacji medycznej* upoważniam następującą(e) osobę(-y):

1 osoba

2 osoba

Imię i nazwisko

PESEL**

Telefon kontaktowy

Data urodzenia

Stopień pokrewieństwa

 Nie udzielam komukolwiek upoważnienia

do otrzymania informacji o stanie zdrowia podopiecznego i udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych, do odbioru dokumentacji medycznej nawet w przypadku śmierci (z wyłączeniem upoważnień ustawowych)

data i podpis przedstawiciela ustawowego/
opiekuna faktycznego/sąd opiekuńczy/*

(* Uwaga - niepotrzebne skreślić,

** jeżeli PESEL nie jest znany należy podać datę urodzenia i stopień pokrewieństwa)

podpis pracownika odbierającego oświadczenie