

F-003/INM/018

………………, dnia......................201..r.

DANE DZIECKA:

............................................................................................. Forma złożenia:

imię i nazwisko pacjenta Ustnie

v

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Pisemnie

v

PESEL pacjenta lub dana urodzenia opcjonalnie

Przedstawiciele ustawowi:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Stopień pokrewieństwa | Imię i nazwisko | Adres zamieszkania | Telefon |
|  | PESEL|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |  |  |
|  | PESEL|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |  |  |

1.

Upoważniam do dostępu do informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach dziecku1

.................................................................................................................................. Nie upoważniam nikogo do dostępu

imię i nazwisko do informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach dziecka

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL lub opcjonalnie data urodzenia

Dane kontaktowe…………………………………………………..

...................................................................

podpis przedstawiciela ustawowego lub osoby przyjmującej ustne oświadczenie

2.

Upoważniam do dostępu do dokumentacji medycznej dziecka Nie upoważniam nikogo do dostępu do dokumentacji medycznej dziecka

.........................................................................................................................................

imię i nazwisko

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL lub opcjonalnie data urodzenia

Dane kontaktowe…………………………………………………..

....................................................................

podpis przedstawiciela ustawowego lub osoby przyjmującej ustne oświadczenie