



KULISTYKA s.c.

Miejscowość..... dn.....

OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ DZIECKA

Dane dziecka:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Dane rodziców:

Matka:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

Numer i seria dowodu osobistego:.....

Ojciec:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

Numer i seria dowodu osobistego:.....

(opcjonalnie)

Dane opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

Podstawa sprawowania opieki:

Niniejszym oświadczamy, że **upoważniamy / nie upoważniamy niżej wymienione osoby** do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia oraz wglądu i odbioru dokumentacji medycznej naszego dziecka, zgodnie z art. 26 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Osoby upoważnione:

1. Imię i nazwisko:
PESEL:
Stopień pokrewieństwa / relacja:
Telefon kontaktowy:

2. Imię i nazwisko:
PESEL:
Stopień pokrewieństwa / relacja:
Telefon kontaktowy:

Oświadczamy, że osoby te mają prawo do:

- uzyskiwania informacji o stanie zdrowia dziecka,
- wglądu do dokumentacji medycznej,
- odbioru kopii dokumentacji medycznej z placówek medycznych.

Oświadczenie niniejsze pozostaje ważne do jego odwołania w formie pisemnej.

..... dnia

.....
Podpis matki / ojca

(jeśli dotyczy):

.....
Podpis opiekuna prawnego