

**OŚWIADCZENIE PACJENTA** (PONIŻEJ 18 R.Ż.)



**Dane pacjenta:**

Nazwisko i imię pacjenta: .....

Adres: .....

PESEL: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Dane opiekuna ustawowego:**

Nazwisko i imię: .....

PESEL: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Tel. ....

Stopień pokrewieństwa:    Matka             Ojciec             Opiekun prawny

Imię i Nazwisko drugiego Rodzica\*\* : .....

**Wszystkie poradnie w Mościckim Centrum Medycznym sp. z o.o. przy ul. E. Kwiatkowskiego 15, 33-101 Tarnów**

za wyjątkiem: .....

**Będąc opiekunem ustawowym dziecka upoważniam niżej wymienioną osobę/nie upoważniam nikogo\* do uzyskania informacji o stanie zdrowia dziecka i udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych,/również w przypadku jego śmierci\***

Nazwisko i imię: .....

Adres: .....

Data urodzenia: .....Telefon: .....

**Będąc opiekunem ustawowym dziecka upoważniam niżej wymienioną osobę /nie upoważniam nikogo\* do uzyskania dokumentacji medycznej dziecka,/również w przypadku jego śmierci\***

Nazwisko i imię: .....

Adres: .....

Data urodzenia: .....Telefon: .....

Zarazem wyrażam zgodę na przeprowadzanie badań i udzielanie innych świadczeń zdrowotnych mieszczących się w zakresie świadczeń udzielanych przez podmiot. Zostałem poinformowany, że zgoda na poszczególne świadczenia zdrowotne może być wyrażana ustnie albo poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym czynnościom. Powyższa zgoda nie dotyczy zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta.

Pacjenta poinformowano o możliwości zmiany złożonych oświadczeń w dowolnym czasie, a także o możliwości ich złożenia za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta (IKP).

Niniejsze oświadczenie obowiązuje do odwołania/zmiany lub osiągnięcia pełnoletności przez pacjenta.

.....  
*data i podpis pracownika  
przyjmującego oświadczenie*

.....  
*data i podpis opiekuna ustawowego  
i pacjenta między 16-18 r.ż.*