

OŚWIADCZENIE PACJENTA (PONIŻEJ 18 R.Ż.)



Nazwisko i imię pacjenta:

Adres:

PESEL:

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

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

za wyjątkiem:

**Będąc opiekunem ustawowym dziecka (matka/ojciec/inna osoba.....*)
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 (matka/ojciec/inna osoba.....*)
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.**

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

.....
data i podpis pacjenta i/lub opiekuna ustawowego