

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.

* niepotrzebne skreślić

** wypełnić jeśli dotyczy