

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA
USTAWOWEGO DZIECKA

Standard: DM1
Procedura: POZ_F 2 01.7.2025

Wydanie I,
data obowiązywania: 01.07.2025

Sporządził: M. Piórek

Zatwierdził: M. Dobrowolska

Strona 1/2

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA USTAWOWEGO DZIECKA

IMIĘ (imiona)

NAZWISKO

PESEL

JA NIŻEJ PODPISANY(A) OŚWIADCZAM, ŻE:

1. jestem opiekunem ustawowym dziecka:

imię i nazwisko

PESEL

2. Upoważniam do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia **dziecka** i udzielonych świadczeniach zdrowotnych:

2.1 imię i nazwisko

dane do kontaktu

2.2 imię i nazwisko

dane do kontaktu

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia dziecka i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

Katowice, dnia

.....
podpis przedstawiciela ustawowego

3. Upoważniam do uzyskiwania dostępu do dokumentacji medycznej dziecka. Udostępnienie obejmuje prawo do wglądu, uzyskiwania wyciągów, odpisów, lub kopii dokumentacji medycznej:

3.1 imię i nazwisko

dodatkowe informacje pozwalające na ustalenie tożsamości osoby upoważnionej (opcjonalne):

3.2 imię i nazwisko

dodatkowe informacje pozwalające na ustalenie tożsamości osoby upoważnionej (opcjonalne):

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dostępu do dokumentacji medycznej dziecka.

Zostałem(łam) poinformowany(a) Nie zostałem(łam)
poinformowany(a) o możliwości zmiany wyżej wymienionych oświadczeń w
każdej chwili.

Pacjent ma prawo do wyrażenia sprzeciwu do udzielania po jego śmierci informacji o stanie
zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz udostępnianiu jego dokumentacji



**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA
USTAWOWEGO DZIECKA**

Standard: DM1
Procedura: POZ_F 2 01.7.2025

Wydanie I,
data obowiązywania: 01.07.2025

Sporządził: M. Piórek

Zatwierdził: M. Dobrowolska

Strona 2/2

medycznej.

Uwaga!!!!

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych znajduje się na stronie informacyjnej praktyki oraz na tablicach ogłoszeń

Katowice, dnia

.....
podpis przedstawiciela ustawowego