

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRAWNEGO/
PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO; OPIEKUNA FAKTYCZNEGO
DZIECKA / PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO DZIECKA/**

Nazwisko i imię opiekuna.....

PESEL:

Adres zamieszkania:

Na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2014 r. poz. 177) **oświadczam, że:**

1. **Upoważniam**

.....
(imię i nazwisko, dane kontaktowe)

nie upoważniam nikogo*

do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka

.....
(imię i nazwisko dziecka)

PESEL: i udzielonych świadczeniach
zdrowotnych.

2. **Upoważniam**

.....
(imię i nazwisko, dane kontaktowe)

nie upoważniam nikogo*

do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego dziecka

.....
(imię i nazwisko dziecka)

PESEL:

3. Wyrażam zgodę na przeprowadzanie wszelkich zleconych oraz uzasadnionych medycznie badań i udzielanie innych świadczeń zdrowotnych przez WOMP CP-L w Lublinie na rzecz mojego dziecka.

4. Zostałem/łam pouczony/a o:

- prawie do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu;
- prawie odwołania zgody na przeprowadzanie badań i udzielanie innych świadczeń zdrowotnych. W razie braku zgody, wykonanie badania lub udzielenie świadczenia zdrowotnego będzie dopuszczalne w sytuacji konieczności udzielenia niezwłocznej pomocy lekarskiej.

*właściwe zaznaczyć

Lublin, dnia

.....
(podpis przedstawiciela ustawowego dziecka lub/i
opiekuna prawnego)