NZOZ Grupa Sunmedica Sp z o.o.

ul. Tytusa Chałubińskiego 6, 85-794 Bydgoszcz NIP 554-293-02-93

**UPOWAŻNIENIE**

Ja, niżej podpisany/a ............................................................................................................................................................

Adres ..................................................................................................................................................

PESEL ...............................................................................................................................................

***Działając w imieniu małoletniego/małoletniej :***

Imię,nazwisko ....................................................................................................................................

data ur. ...............................................................................................................................................

PESEL ...............................................................................................................................................

U**poważniam** ( można wpisać kilka osób)

**Imię, Nazwisko osoby upoważnionej**..............................................................................................

Adres .................................................................................................................................................

Data ur. ..............................................................................................................................................

Nr tel. kontaktowego .........................................................................................................................

**1. Do uzyskania, sporządzonej przed dniem i po dniu udzielania niniejszego upoważnienia, dokumentacji medycznej dotyczącej osoby nieletniej.**

* Nie udzielam takiego upoważnienia nikomu.

**2. Do otrzymania, uzyskanej przed dniem i po dniu udzielania niniejszego upoważnienia, informacji o stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych oraz przeprowadzonych badań diagnostycznych osoby nieletniej.**

**Do odbioru wyników badań, skierowań i innej dokumentacji medycznej dotyczącej dziecka.**

* Nie udzielam takiego upoważnienia nikomu.

**3. Do uzyskania po śmierci dokumentacji medycznej dotyczącej osoby nieletniej.**

* Nie udzielam takiego upoważnienia nikomu.

Zgodnie z ustawą z dnia 6.11.2008 r. O Prawach Pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta ( Dz.U.z dnia 31.03.2009r.) wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych osobie nieletniej.

...............................................................

Data i Podpis rodzica/opiekuna

**OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / OPIEKUNA FAKTYCZNEGO PACJENTA**

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym/faktycznym małoletniego /osoby ubezwłasnowolnionej (właściwe podkreślić)

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- (podać dane pacjenta małoletniego/osoby ubezwłasnowolnionej)

...................................................

Data i podpis rodzica/opiekuna

\* właściwe zaznaczyć

1) Pojęcie osoby bliskiej należy rozumieć zgodnie z definicją zawartą w art.3 ust 1. pkt. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. oprawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z roku 2009, Nr 52 poz. 417 z późn.zm.), czyli jako małżonka, krewnego lub powinowate go do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta.

2) Pojęcie opiekuna faktycznego należy rozumieć zgodnie z definicją zawartą w art.3 ust 1. pkt. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z roku 2009,

Nr 52 poz. 417 z późn. zm.), czyli jako osobę sprawującą, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga.

NZOZ Grupa Sunmedica Sp z o.o.

ul. Tytusa Chałubińskiego 6, 85-794 Bydgoszcz NIP 554-293-02-93

**UPOWAŻNIENIE**

Ja, niżej podpisany/a ........................................................................................................................

Adres ................................................................................................................................................

PESEL ..............................................................................................................................................

U**poważniam**

**Imię, Nazwisko osoby upoważnionej**..............................................................................................

Adres .................................................................................................................................................

Data ur. ..............................................................................................................................................

Nr tel. kontaktowego ........................................................................................................................

**Imię, Nazwisko osoby upoważnionej**..............................................................................................

Adres .................................................................................................................................................

Data ur. ..............................................................................................................................................

Nr tel. kontaktowego .........................................................................................................................

**1. Do uzyskania, sporządzonej przed dniem i po dniu udzielania niniejszego upoważnienia całości dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.**

* Nie udzielam takiego upoważnienia nikomu.

**2. Do otrzymania, uzyskanej przed dniem i po dniu udzielania niniejszego upoważnienia informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych, oraz przeprowadzonych badań diagnostycznych.**

* Nie udzielam takiego upoważnienia nikomu.

**3. Do uzyskania po mojej śmierci dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.**

* Nie udzielam takiego upoważnienia nikomu.

**4. Do odbioru wyników badań, skierowań, recept i innej dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.**

* Nie udzielam takiego upoważnienia nikomu.

Zgodnie z ustawą z dnia 6.11.2008 r. O Prawach Pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta ( Dz.U.z dnia 31.03.2009r.) wyrażam zgodę na udzielanie mi świadczeń zdrowotnych.

...............................................................

Data i Podpis