

OŚWIADCZENIE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA

Bydgoszcz, dnia 20 r.

.....
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

.....
(PESEL)

.....
(adres zameldowania)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jestem rodzicem*/opiekunem prawnym* dziecka

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
data urodzenia

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

PESEL

Upoważniam n/w osobę:

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....
(adres zamieszkania, tel. kontaktowy osoby upoważnionej)

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....
(adres zamieszkania, tel. kontaktowy osoby upoważnionej)

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....
(adres zamieszkania, tel. kontaktowy osoby upoważnionej)

Rodzaj upoważnienia**:

do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

udostępnienia dokumentacji medycznej

Podstawa prawna:

- 1) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej wytwarzania. (Dz. U. z 2010 r. nr 252, poz. 1697)
- 2) Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. (Dz. U. z 2009 r. nr 52, poz. 417 z późn. zm.)