

<b>NZOZ SIMPLA</b>	<b>FORMULARZ</b>	P-02/PB/F-02
	<b>OŚWIADCZENIE RODZICA / PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / OPIEKUNA PRAWNEGO</b>	Wersja I obowiązująca od 1.09.2022r.
		Strona 1 z 1

**INFORMUJEMY, IŻ NINIEJSZE OŚWIADCZENIE MOŻNA ZŁOŻYĆ ZA POŚREDNICTWEM INTERNETOWEGO KONTA PACJENTA!**

.....  
*imię i nazwisko dziecka / podopiecznego* *PESEL* *data złożenia oświadczenia*

**Zgodnie z paragrafem 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6.04.2020r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, ja niżej podpisany upoważniam:**

.....  
*imię i nazwisko osoby upoważnionej*

.....  
*dane kontaktowe (adres lub telefon)*

Do informowania na temat stanu zdrowia dziecka/podopiecznego  
i udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych: .....

*czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego*

Do dostępu do dokumentacji medycznej dziecka/podopiecznego: .....

*czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego*

**Nie upoważniam** nikogo do uzyskiwania informacji na temat stanu zdrowia  
oraz do dostępu do dokumentacji medycznej dziecka/podopiecznego: .....

*czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego*

**wyrażam zgodę na udzielenie dziecku/podopiecznemu**  
**świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art.16-18 ustawy**  
**z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta**

.....  
*czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego*

Informujemy, że Administratorem Państwa danych osobowych jest NZOZ SIMPLA SC w Czyżowicach. Szczegółowe informacje dot. przetwarzania danych osobowych znajdują Państwo na tablicy informacyjnej oraz na stronie internetowej przychodni.