

Imię i nazwisko Pacjenta .....  
Adres zamieszkania .....  
PESEL .....  
Telefon kontaktowy .....

**OŚWIADCZENIE O ZEZWOLENIU NA PRZEPROWADZENIE BADANIA/ UDZIELENIE  
ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO ORAZ  
ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH DZIECKA**

Jako /przedstawiciel ustawowy/ opiekun faktyczny/sąd opiekuńczy/\*

.....

zezwalam na /przeprowadzenie badania/ udzielenie świadczenia zdrowotnego/\* przez

.....,

oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

.....  
Data i podpis

(\* Uwaga - niepotrzebne skreślić)

Zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 nr 52 poz. 417) i Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926).

---

**UPOWAŻNIENIE OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE  
ZDROWIA DZIECKA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH  
ORAZ DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI**

- Oświadczam, iż /do otrzymywania informacji na temat stanu zdrowia dziecka i udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych/ oraz /do uzyskiwania dokumentacji medycznej (także w przypadku śmierci)/  
\*upoważniam następującą osobę:

Imię i nazwisko .....  
Adres zamieszkania .....  
Numer dowodu .....  
Telefon kontaktowy .....  
Stopień pokrewieństwa .....

-----  
Imię i nazwisko .....  
Adres zamieszkania .....  
Numer dowodu .....  
Telefon kontaktowy .....  
Stopień pokrewieństwa .....

- Oświadczam, iż nie udzielam upoważnienia /do przekazywania komukolwiek informacji o stanie zdrowia dziecka i o udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych (z wyłączeniem upoważnień ustawowych)/ oraz /do odbioru dokumentacji medycznej/\*.

.....  
Data i podpis

(\* Uwaga - niepotrzebne skreślić)

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2010 nr 252 poz. 1697).