

.....
nazwisko i imię dziecka, adres zamieszkania miejscowość i data

.....
numer PESEL

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałam / zapoznałem się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych mojego dziecka przez NZOZ Almed Alina Gwóźdź (pl. Krakowski 10, 41-800 Zabrze, nr REGON: 273733290) dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu leczniczego zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) oraz zobowiązuję się do przestrzegania Regulaminu Przychodni.

.....
Data, miejscowość i czytelny podpis opiekuna prawnego dziecka

Ponadto, zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz.U. z 2009 r. nr 52, poz. 417 z późniejszymi zmianami), oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonanie badań oraz udzielenie innych świadczeń zdrowotnych mojemu dziecku, ponadto poza opiekunami prawnymi:

- * nie upoważniam nikogo.
 * upoważniam następujące osoby:

.....
.....
nazwisko, imię, telefon lub adres

do:

- * uzyskiwania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka i udzielonych mojemu dziecku świadczeń zdrowotnych, za życia i śmierci.
 * uzyskiwania całej dokumentacji medycznej dotyczącej mojego dziecka, za życia i śmierci.
 * odebrania recept lub zleceń wystawionych w ramach realizacji prawa mojego dziecka do świadczeń.

- * Oświadczam, że recepty lub zlecenia wystawione w ramach realizacji prawa mojego dziecka do świadczeń, mogą być odebrane przez dowolną osobę, która się po nie zgłosi.

* właściwe zaznaczyć (X).

.....
Data, miejscowość i czytelny podpis opiekuna prawnego dziecka