PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO S.C.
Bożena Paździor, Ewa Paździor
ul. BEŻOWA 12-16, 54-046 WROCAW
FILIA MROZÓW: ul. WYZWOLENIA 20, 55-330 MIĘKINIA

OŚWIADCZENIE DZIECI/OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONE

Na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 3 oraz art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r., Nr 52,poz. 417) oraz § 8 pkt 1 - 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697)

Ja, ……, PESEL……
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

upoważniam do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka/podopiecznego i udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych.

……, PESEL……
Imię i nazwisko dziecka/podopiecznego

…….legitymującą/ego się dowodem osobistym
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

…… zamieszkałym …….
Seria i nr dowodu Adres zamieszkania, tel.

upoważniam do odbioru z Praktyki Lekarza Rodzinnego S.C. Bożeny Paździor, Ewy Paździor wszystkich wyników badań mojego dziecka/podopiecznego

…….legitymującą/ego się dowodem osobistym
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

…… zamieszkałym …….
Seria i nr dowodu Adres zamieszkania, tel.

upoważniam do odbioru z Praktyki Lekarza Rodzinnego S.C. Bożeny Paździor, Ewy Paździor kserokopii całej dokumentacji medycznej po śmierci dziecka/podopiecznego

…….legitymującą/ego się dowodem osobistym
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

…… zamieszkałym …….
Seria i nr dowodu Adres zamieszkania, tel.

Niniejszym oświadczam, że wystawione na dziecko/podopiecznego recepty, zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne, skierowania jak i wyniki badań mogą być odbierane przez osoby trzecie

…… ……..
Miejscowość, data Imię i nazwisko pacjenta/opiekuna prawnego