

Pieczęć placówki/poradni

OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Imię/imiona i nazwisko pacjenta

Data urodzenia PESEL Płeć K ☐ M ☐

Adres

	<i>Przedstawiciel Ustawowy Matka ^x / Prawny opiekun ^x</i>	<i>Przedstawiciel Ustawowy Ojciec ^x / Prawny opiekun ^x</i>
<i>Nazwisko i imię</i>		
<i>PESEL</i>		

Ja niżej podpisana (-y) **wyrażam zgodę ^x / nie wyrażam zgody ^x** na udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz przeprowadzenie badań lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych w. w. pacjentowi na zasadach określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Ja, niżej podpisana (-y) **upoważniam niżej wymienioną osobę ^x / nie upoważniam ^x**

.....
(imię i nazwisko / PESEL lub data urodzenia)

do uzyskiwania dostępu do dokumentacji medycznej w. w. pacjenta. Upoważnienie obejmuje prawo do wglądu, uzyskiwania kopii, wyciągów lub odpisów dotyczącej w.w. pacjenta dokumentacji medycznej.

Ja, niżej podpisana (-y) **upoważniam niżej wymienioną osobę ^x / nie upoważniam ^x**

.....
(imię i nazwisko / PESEL lub data urodzenia)

do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia w.w. pacjenta, planowanych i udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych.

W przypadku braku możliwości zidentyfikowania osoby upoważnionej POR-T zastrzega sobie prawo do **nie udzielenia informacji** o stanie zdrowia pacjenta **i nie wydania** dok. medycznej

Ja niżej podpisana (-y) **wyrażam zgodę ^x / nie wyrażam zgody ^x** na kontakt telefoniczny.

.....
nr telefonu

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis przedstawiciela ustawowego

^x niepotrzebne skreślić

Pieczęć placówki/poradni

OŚWIADCZENIE PACJENTA MAŁOLETNIEGO

Imię/imiona i nazwisko pacjenta

Data urodzenia PESEL Płeć K ☐ M ☐

Adres

Ja niżej podpisana (-y) **wyrażam zgodę^{*} / nie wyrażam zgody^{*}** na udzielenie mi świadczeń zdrowotnych oraz przeprowadzenie badań lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis pacjentki (- a)

^{*} *niepotrzebne skreślić*

LISTA OBECNOŚCI Nazwisko i imię / imiona.....

Lp.	Data	Rodzaj zabiegu (kod)	Podpis wykonującego	Podpis pacjenta/ki
1		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
2		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
3		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
4		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
5		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
6		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
7		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
8		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
9		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
10		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		
		5.11.01.00000		