

**OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO
o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych**

Ja (imię i nazwisko) rodzic*/opiekun*/kurator
PESEL upoważniam osobę bliską (imię i nazwisko)
..... PESEL zam.
tel. do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach
zdrowotnych pacjentowi (imię i nazwisko) PESEL
** niepotrzebne skreślić*
(data i podpis)

Ja (imię i nazwisko) rodzic*/opiekun*/kurator
PESEL nie upoważniam żadnej osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie
zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych pacjentowi (imię i nazwisko)
..... PESEL
** niepotrzebne skreślić*
(data i podpis)

**OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO
o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej**

Ja (imię i nazwisko) rodzic*/opiekun*/kurator
PESEL upoważniam osobę bliską (imię i nazwisko)
..... PESEL do uzyskiwania dokumentacji
medycznej pacjenta (imię i nazwisko) PESEL
** niepotrzebne skreślić.*
(data i podpis)

Ja (imię i nazwisko) rodzic*/opiekun*/kurator
PESEL nie upoważniam żadnej osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji
medycznej pacjenta (imię i nazwisko) PESEL
** niepotrzebne skreślić.*
(data i podpis)

**OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO
o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia
zdrowotnego**

Ja (imię i nazwisko)
rodzic*/opiekun*/kurator PESEL wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub
udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada
2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pacjentowi (imię i nazwisko)
..... PESEL
** niepotrzebne skreślić*
(data i podpis)