

Upoważniam/nie upoważniam* Panią/Pana

.....
(imię i nazwisko, pesel lub data urodzenia lub adres lub dokument tożsamości)

do uzyskiwania informacji na temat stanu zdrowia i do wglądu w dokumentację medyczną wraz z uzyskiwaniem jej kopii mojego dziecka

.....
(imię i nazwisko dziecka, pesel lub data urodzenia)

.....
(czytelny podpis, data)

Wyrażam zgodę na udzielenie świadczeń zdrowotnych mojemu dziecku w Poradni Dziecięcej POZ w pełnym zakresie oraz na przetwarzanie danych osobowych.

.....
(czytelny podpis, data)

*niepotrzebne skreślić

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09.11.2015r. poz. 2069 w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.