



Dane Pacjenta: PESEL.....

OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO W IMIENIU PACJENTA MAŁOLETNIEGO

1. Uzyskanie informacji o stanie zdrowia.

☐ Upoważniam.....

.....
.....
(imię i nazwisko,, data urodzenia osoby upoważnionej , kontakt)

do uzyskania informacji o stanie zdrowia dziecka i udzielonych świadczeniach zdrowotnych,

☐ Nie upoważniam nikogo do uzyskania informacji o stanie zdrowia dziecka .

2. Uzyskanie dokumentacji medycznej.

☐ Upoważniam.....

.....
(imię i nazwisko,, data urodzenia osoby bliskiej, kontakt)

do uzyskania dokumentacji medycznej dziecka z leczenia w Poradni POZ, w tym do odbioru jego
wyników badań diagnostycznych.

☐ Nie upoważniam nikogo do uzyskania dokumentacji medycznej dziecka

3. Zgoda na udzielanie świadczenia medycznego.

☐ Wyrażam świadomą zgodę na udzielanie dziecku świadczeń medycznych w poradni POZ.

Każdorazowo przed wykonaniem czynności medycznych u mojego dziecka **mam prawo** do uzyskania niezbędnych, zrozumiałych dla mnie informacji w zakresie zleconych lub wykonywanych procedur medycznych, **zostanę poinformowany** przez personel medyczny o ich rodzaju i przebiegu oraz ewentualnych skutkach ubocznych. Na podstawie uzyskanych informacji świadomie udzielę zgody na proponowane czynności medyczne u dziecka.

Prawo rodzica/opiekuna do odmowy diagnostyki lub leczenia dziecka.

☐ Nie wyrażam zgody na świadczenie medyczne u mojego dziecka.

Poinformowany o możliwych skutkach takiej odmowy dla zdrowia mojego dziecka, **świadomie nie wyrażam zgody** na świadczenia medyczne. Ponoszę pełną odpowiedzialność za swoją decyzję i w przyszłości nie będę dochodził roszczeń prawnych w tym zakresie.

..... 1) 2).....
Data czytelnym podpisem co najmniej jednego rodzica/opiekuna prawnego

.....
Data czytelnym podpisem pacjenta powyżej 16 r.ż.

