

**Formularz zgody pacjenta WSDZ SP ZOZ/jego rodziców/opiekunów prawnych na udostępnianie danych osobowych, danych zawartych w dokumentacji medycznej, wyników badań dodatkowych, informacji o stanie zdrowia, informacji o świadczeniach medycznych**

.....  
dane osobowe rodzica\*/opiekuna prawnego\* (imię nazwisko

.....  
numer PESEL, lub nr dowodu osobistego,

.....  
Adres zamieszkania

**Oświadczam, że jestem rodzicem\* /opiekunem prawnym\* dziecka**

.....  
imię nazwisko pacjenta,

.....  
data urodzenia

.....  
numer Pesel,

Wyrażam zgodę na udostępnianie danych osobowych dziecka w zakresie niezbędnym do kontraktowania świadczeń\*.

Upoważniam do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia\* i udzielonych świadczeniach medycznych,\* procesie leczenia\* , wynikach badań dodatkowych\* , udostępniania dokumentacji medycznej\* następujące osoby:

1. ....  
imię nazwisko, numer Pesel lub numer dowodu osobistego

2. ....  
imię nazwisko, numer Pesel lub numer dowodu osobistego

.....  
podpis rodzica/opiekuna prawnego

.....  
podpis pacjenta

**zgoda potwierdzona podpisem jest konieczna w przypadku pacjentów w wieku>16l.**

**Inne istotne informacje o sytuacji prawnej dziecka**

Potwierdzam zgodność danych dotyczących opiekuna prawnego z okazanym dokumentem tożsamości

.....  
data i podpis pracownika rejestracji Szpitala/Przychodni Specjalistycznej

\* -niepotrzebne skreślić