



Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ZDROVIT” s.c.
ul. 35-lecia 1 a, 41-250 Czeladź Tel.: 32 265 00 68
e-mail: zdrovit.czeladz@gmail.com www.nzozzdrovit.pl

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRAWNEGO

o upoważnieniu lub braku upoważnienia do informowania o stanie zdrowia podopiecznego i udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych oraz uzyskaniu wglądu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej podopiecznego

Druk S-2

Wersja 2.0

Czeladź, dn.

Ja

PESEL

Opiekun prawny PESEL

Upoważniam/nie upoważniam*

.....

(Nazwisko i imię osoby upoważnionej, PESEL, adres, nr telefonu)

do otrzymywania informacji o stanie zdrowia mojego podopiecznego i udzielanych mu świadczeniach zdrowotnych.

.....

Podpis pacjenta małoletniego**

.....

Podpis opiekuna prawnego

Upoważniam/nie upoważniam*

.....

(Nazwisko i imię osoby upoważnionej, PESEL, adres, nr telefonu)

do uzyskania wglądu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej mojego podopiecznego.

.....

Podpis pacjenta małoletniego**

.....

Podpis opiekuna prawnego

Upoważniam/nie upoważniam* w/w osobę do uzyskania wglądu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej **po śmierci** mojego podopiecznego.

.....

Podpis pacjenta małoletniego**

.....

Podpis opiekuna prawnego

Podstawa prawna: §8 pkt. 1 i 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2010 nr 252 poz. 1697).

* Niewłaściwe skreślić

** Podpis wymagany u pacjentów, którzy ukończyli 16 rok życia