

PROSZĘ WYPEŁNIAĆ FORMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI

## Dane przedstawiciela ustawowego (rodzica / opiekuna prawnego):

.....  
Imię i nazwisko

.....  
PESEL

.....  
Telefon kontaktowy

## Dane dziecka:

.....  
Imię i nazwisko

.....  
PESEL

Szanowni Rodzice,

bezpieczeństwo Waszego dziecka jest dla nas priorytetem. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi, zgodę na leczenie dziecka wydać mogą wyłącznie rodzice lub opiekun prawny. Zdajemy sobie sprawę z tego, że zdarzają się takie sytuacje, kiedy na wizytę małe dzieci przychodzi z członkami rodziny. Abyśmy mogli w takim przypadku przyjąć Państwa dziecko, prosimy o wskazanie, kto z Waszych bliskich może przyjść na wizytę i jednocześnie wyrazić zgodę na leczenie Waszego dziecka w naszej placówce.

.....  
PONIŻEJ MOŻNA UPOWAŻNIĆ DO 2 OSÓB WYPEŁNIAJĄC ODPOWIEDNIO PUNKTY 1 I 2.

PROSZĘ ZAZNACZYĆ X, CZY UPOWAŻNIENIE DLA WSKAZANEJ PONIŻEJ OSOBY DOTYCZY KONKRETNEJ WIZYTY, CZY OBOWIĄZYWAĆ BĘDZIE DO ODWOŁANIA.

Działając jako przedstawiciel ustawowy dziecka upoważniam do przychodzenia z dzieckiem na wizyty kontrolne (w tym konsultację lekarską, przeprowadzenie badań diagnostycznych oraz udzielenie innych niezbędnych świadczeń zdrowotnych), jak również do wyrażania zgody na jego leczenie w niniejszej placówce:

1.  tylko w dniu .....

do odwołania

.....  
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....  
PESEL

.....  
Stopień pokrewieństwa z Pacjentem

.....  
Telefon kontaktowy do osoby upoważnionej

2.  tylko w dniu .....

do odwołania

.....  
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....  
PESEL

.....  
Stopień pokrewieństwa z Pacjentem

.....  
Telefon kontaktowy do osoby upoważnionej

Przyjmuję do wiadomości, że Romana Borkowska, prowadząca działalność pod nazwą ALERGO-MED Poradnia Specjalistyczna, jest administratorem danych osobowych, dotyczących mojej osoby dla celów związanych z realizacją świadczeń medycznych. Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści ww. danych oraz o prawie do ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania. Zapoznałem(am) się z obowiązkiem informacyjnym wynikającym z art. 13 RODO (dostępnym na stronach alergo-med.com i badaniatnizolekarskie.pl oraz na tablicach informacyjnych przychodni ALERGO-MED).

.....  
Data i podpis

## Na podstawie:

Art. 14 ust. 2 pkt 3 oraz art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2020 poz. 849 t.j. z dnia 2020.05.04).  
Art. 34 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz. U. 2020 poz. 514).  
Art. 97-98 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks Rodzinno-Opiekuńczy (Dz. U. 2020 poz. 1359).