……………………………………………………………………

miejscowość, data

**Oświadczenie –upoważnienie - przedstawiciela ustawowego**

**Pacjent Przedstawiciel ustawowy**

…………………………………………………………………… ……………………………………………………………………

nazwisko, imię nazwisko, imię

…………………………………………………………………… ……………………………………………………………………

PESEL PESEL

…………………………………………………………………… ……………………………………………………………………

adres adres

…………………………………………………………………… ……………………………………………………………………

**Upoważniam**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

nazwisko, imię PESEL

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

adres telefon

1. do otrzymania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych
2. do uzyskiwania dokumentacji medycznej
3. do wyrażenia zgody na przyjęcie, postepowanie diagnostyczne i leczenie
4. do odbioru
5. do opieki podczas hospitalizacji
6. do wyrażania zgód niezbędnych w procesie leczenia i nauki w przyszpitalnej szkole

pacjenta o danych osobowych jak wyżej,

w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci w Ameryce, Ameryka 21, 11-015 Olsztynek.

w trakcie pobytu pacjenta w w/w placówce.

…………………………………………………………………… ……………………………………………………………………

czytelny podpis osoby upoważnionej czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

Podstawa prawna:

1. § 8 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 21.XII.201r. (Dz.U. nr 252 poz. 1697) – w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;
2. Ustawa z dnia 6 listopada 2008r o Prawach Pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz.U.2009 Nr 52, poz. 417 z późn. zm.)
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.