……………………………………………………………………

miejscowość, data

**Upoważnienie przedstawiciela ustawowego**

**(rodzica / opiekuna prawnego)**

Pacjent niepełnoletni Przedstawiciel ustawowy

(osoba, która nie ukończyła 18 roku życia) (rodzic, opiekun prawny na podstawie orzeczenia sądu)

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

nazwisko, imię nazwisko, imię, numer telefonu

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

PESEL PESEL

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

adres adres

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

**Upoważniam**

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

nazwisko, imię PESEL nr i seria dowodu osobistego

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

adres telefon

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

mojego dziecka - pacjenta o danych osobowych jak wyżej podczas pobytu w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci w Ameryce, Ameryka 21 11-015 Olsztynek.

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

czytelny podpis osoby upoważnionej czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

**Podstawa prawna:**

1. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2022, 1876 t.j.)
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2022, 1304 t.j.);
3. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.2022, 1731 t.j.)