

Indywidualna dokumentacja pacjenta nieletniego - oświadczenie rodzica

Niniejszym oświadczam, że jestem **matką / ojcem** nieletniego:

Nr PESEL:

Imię i nazwisko (pacjenta):

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

i posiadam: pełną, nie ograniczoną władzę rodzicielską ograniczoną władzę rodzicielską

Oświadczam, iż zapoznałam/em się z regulaminem organizacyjnym oraz regulaminem pacjenta Estetika Sp. k. w Rzeszowie i zobowiązuję się do przestrzegania zawartych tam postanowień. Jednocześnie podaję dane kontaktowe w celu kontaktu telefonicznego, e-mailowego lub sms dotyczącego umawianych wizyt, informowania o ich zmianach, a także o innych informacjach niezbędnych do świadczenia usług przez Estetika Sp. k. w Rzeszowie

Imię i nazwisko **matki**:

Imię i nazwisko **ojca**:

PESEL:

Telefon:

PESEL:

Telefon:

Adres e-mail:

Adres e-mail:

Data _____ Czytelny podpis

Data _____ Czytelny podpis

Upoważnienie do uzyskiwania **informacji** o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

Oświadczenie rodzica o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia.

Ja, (imię i nazwisko)

oświadczam, że

upoważniam * Pana/-ią *właściwe zaznaczyć

PESEL:

Telefon:

nie upoważniam nikogo innego *

do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych w Estetika Sp. k. w Rzeszowie.

Data _____ Czytelny podpis

Upoważnienie do uzyskiwania **dokumentacji**

Oświadczenie rodzica o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji pacjenta, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia.

Ja, (imię i nazwisko)

oświadczam, że

upoważniam * Pana/-ią *właściwe zaznaczyć

PESEL:

Telefon:

nie upoważniam nikogo innego *

do wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta oraz uzyskiwania odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji gromadzonej i przechowywanej w Estetika Sp. k. w Rzeszowie.

Data _____ Czytelny podpis

Indywidualna dokumentacja pacjenta nieletniego - **oświadczenie opiekuna prawnego**

Niniejszym oświadczam, że jestem **opiekunem prawnym nieletniego / całkowicie ubezwłasnowolnionego / częściowo ubezwłasnowolnionego**:

Imię i nazwisko (pacjenta): Data urodzenia:

Adres: PESEL:

na mocy postanowienia / wyroku Sądu: w

z dnia: sygn. Akt:

Dane **opiekuna prawnego**: PESEL:

Imię i nazwisko:

Adres:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

oraz oświadczam iż nie zostało ono zmienione ani cofnięte. W przypadku zmiany prawa do reprezentacji nieletniego natychmiast pisemnie poinformuję o tym lekarza. Jednocześnie podaję moje dane kontaktowe w celu kontaktu telefonicznego, e-mailowego lub sms dotyczącego umawianych wizyt, informowania o ich zmianach, a także o innych informacjach niezbędnych do świadczenia usług przez Estetika Sp. k. w Rzeszowie.

Data _____ Czytelny podpis
opiekuna prawnego

Oświadczam, iż zapoznałam/em się z regulaminem organizacyjnym oraz regulaminem pacjenta Estetika Sp. k. w Rzeszowie i zobowiązuje się do przestrzegania zawartych tam postanowień.

Upoważnienie do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

Oświadczenie opiekuna prawnego o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia.

Ja, (imię i nazwisko)

oświadczam, że

upoważniam * Pana/-ią *właściwe zaznaczyć

PESEL: Telefon:

nie upoważniam nikogo innego *

do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych w Estetika Sp. k. w Rzeszowie.

Data _____ Czytelny podpis

Upoważnienie do uzyskiwania dokumentacji

Oświadczenie opiekuna prawnego o upoważnieniu osoby innej do uzyskiwania dokumentacji pacjenta, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia.

Ja, (imię i nazwisko)

oświadczam, że

upoważniam * Pana/-ią *właściwe zaznaczyć

PESEL:

Telefon:

nie upoważniam nikogo innego *

do wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta oraz uzyskiwania odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji gromadzonej i przechowywanej w Estetika Sp. k. w Rzeszowie.

Data _____ Czytelny podpis

Upoważnienie dla wskazanej osoby do uczestniczenia w procesie leczenia (dziadkowie, pełnoletnie rodzeństwo)

Oświadczenie rodzica o upoważnieniu osoby bliskiej do uczestnictwa w konsultacjach lekarskich, badaniach diagnostycznych i wyrażania zgody na leczenie małego pacjenta.

Ja, (imię i nazwisko) _____

oświadczam, że **upoważniam*** Pana/-ią _____

PESEL: _____

stopień pokrewieństwa: _____

do uczestnictwa konsultacjach lekarskich,
badaniach diagnostycznych i wyrażania zgody
na leczenie syna/córki w moim imieniu.

Data _____ Czytelny podpis _____

Zgoda na samodzielne wizyty pacjenta, który ukończył 16 lat

Ja, (imię i nazwisko) _____

PESEL: _____

Telefon: _____

Niniejszym oświadczam, iż jestem matką/ojcem/opiekunem prawnym nieletniego:

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____

PESEL: _____

Adres zamieszkania: _____

i wyrażam **zgode**:

na **usługę jednorazową** w dniu: _____
lub

na **stałe udzielanie świadczeń medycznych** bez mojej obecności

Jednocześnie zobowiązuję się do pokrycia wszystkich kosztów
związanych z przeprowadzeniem badania lekarskiego lub
udzieleniem wskazanego świadczenia medycznego.

Data _____ Czytelny podpis _____