

**Wzór upoważnienia do dostępu do informacji o stanie zdrowia pacjenta
oraz do dokumentacji medycznej pacjenta leczonego w poradni specjalistycznej RODZICA/OPIEKUNA
PRAWNEGO PACJENTA**

Swarzędzkie Centrum Zdrowia Psychicznego
PERSONA
Ul. Sienkiewicza 21
62-020 Swarzędz
NIP:672-179-51-68, REGON:301206906-00033

.....
imię i nazwisko pacjenta(ki)

OŚWIADCZENIE

Rodzic/opiekun prawny.....

1. Upoważniam Pana/Panią

o
do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka/podopiecznego i udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych.

Dane osoby upoważnionej:

adres:

tel.

2. Nie wyrażam zgody na udostępnienie informacji o stanie zdrowia mojego dziecka/podopiecznego i udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych o

3. Upoważniam Pana/Panią

o
do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia mojego dziecka/podopiecznego oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.

4. Nie wyrażam zgody na udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia mojego dziecka/podopiecznego oraz udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych.

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

Wydanie II, 02.05.2011r.