Upoważnienie do reprezentowania małoletniego pacjenta

I. Dane dziecka (pacjenta)

Imię i nazwisko: …….

Data urodzenia: …….. PESEL: ……..

II. Dane rodzica / opiekuna prawnego (udzielającego upoważnienia)

Imię i nazwisko: …….

Adres zamieszkania: ……

Telefon kontaktowy: …….. Nr dokumentu tożsamości: ……..

Stopień pokrewieństwa / tytuł prawny: ……

III. Dane osoby upoważnionej

Imię i nazwisko: …….

Adres zamieszkania: ……

Telefon kontaktowy: …….. Nr dokumentu tożsamości: ……..

Stopień pokrewieństwa: ……

IV. Zakres upoważnienia

- ☐ reprezentowania mojego dziecka podczas wizyt medycznych,
- ☐ uzyskiwania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka,
- ☐ odbioru dokumentacji medycznej mojego dziecka,
- ☐ innych czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

V. Czas obowiązywania upoważnienia

- ☐ jednorazowo – w dniu ……..
- ☐ na czas nieokreślony (do odwołania)
- ☐ inne: ……

VI. Oświadczenia

Oświadczam, że jestem rodzicem lub prawnym opiekunem małoletniego pacjenta.

Jestem świadomy/a, że niniejsze upoważnienie może zostać odwołane w formie pisemnej.

VII. Podpisy

Miejscowość, data: ……..

Podpis rodzica / opiekuna prawnego: ……..

Podpis osoby upoważnionej (opcjonalnie): ……..

Podpis pracownika przyjmującego: ……..

VIII. Klauzula informacyjna RODO

Administratorem danych osobowych jest Centrum Medyczne Komorniki Sp. z o.o., 62-052 Komorniki. Dane przetwarzane są w celu realizacji świadczeń zdrowotnych zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do danych, ich sprostowani a, ograniczenia przetwarzania i wniesienia skargi do Prezesa UODO.