……………………………………………………………………

 miejscowość, data

**Upoważnienie przedstawiciela ustawowego**

 **(rodzica / opiekuna prawnego)**

 **Pacjent niepełnoletni Przedstawiciel ustawowy**

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

nazwisko, imię nazwisko, imię

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

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.2020,849 z późn. zm.);
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2020 poz. 666);
3. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.2021, 790).