Załącznik nr 1 do Historii zdrowia i choroby

M K

….....
nazwisko imię dziecka płeć

….....
ulica, numer, kod, miejscowość

….....
PESEL data urodzenia

NZOZ PozMed
Przychodnia Lekarza Rodzinnego
62-040 Puszczykowo,
ul. Poznańska 36

tel. 61 830-13-82,
e-mail pozmed.puszczykowo@gmail.com

Nr umowy z NFZ
150008087/01/5/0048/0/13/15

RODZICE / OPIEKUNOWIE PRAWNI

.....
Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie - rodzica / opiekuna prawnego dziecka

.....
Adres

.....
stosunek prawny do dziecka PESEL

.....
Imię, nazwisko drugiego rodzica / opiekuna prawnego dziecka

.....
Adres

.....
stosunek prawny do dziecka PESEL

1. WYRAŻAM ZGODĘ na przeprowadzanie badań lub udzielanie innych świadczeń zdrowotnych dziecku, mieszczących się w zakresie świadczeń udzielanych przez

NZOZ PozMed Przychodnia Lekarza Rodzinnego
62-040 Puszczykowo, ul. Poznańska 36

.....
Data i podpis opiekuna

2. Uzyskanie informacji o stanie zdrowia

Upoważniam / nie upoważniam nikogo

Panią/Pana .....
nr tel.

Panią/Pana .....
nr tel.

do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych dziecku.

.....
Data i podpis opiekuna

3. Uzyskanie dokumentacji medycznej

Upoważniam / nie upoważniam nikogo

Panią/Pana .....
nr tel.

Panią/Pana .....
nr tel.

do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej dziecka

.....
Data i podpis opiekuna