Prywatna praktyka lekarska

Anna Sara-Nowak Bochnia, dnia……………………………………

Ul. Floris 8/3, 32-700 Bochnia

NIP: 675-136-62-65 REGON 364054442

**ZGODA NA LECZENIE PACJENTA NIEPEŁNOLETNIEGO / UBEZWŁASNOWOLNIONEGO**

**Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.**

Imię i Nazwisko ……………………………………………………………………………………….

Adres Zamieszkania ………………………………………………………………………………...

Kod pocztowy …....-……….… Miejscowość ………………………………………………..

PESEL ………………………………………………………………………………………………………..

Tel./ e-mail ……………………………………………………………………………….……………….

Dane lekarza prowadzącego : Anna Sara-Nowak

Zgoda Zastępcza

Zgoda udzielona w przypadku, kiedy Pacjent jest małoletni ( do 16 roku życia) lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody ( osoba ubezwłasnowolniona ) i nie może samodzielnie decydować o swoim leczeniu. W takim wypadku zgoda może być wyrażana wyłącznie przez przedstawiciela ustawowego lub sad opiekuńczy )

………………………………………………………………

Czytelny podpis opiekuna

Zgoda Równoległa

Zgoda Udzielona równolegle przez Pacjenta i przedstawiciela ustawowego lub sąd opiekuńczy w przypadku, gdy Pacjent : - ma ukończone 16 lat, lub jest ubezwłasnowolniony, ale zdolny jest z rozeznaniem wypowiedzieć się w sprawie udzielenia mu świadczenia zdrowotnego

…………………………………………………………………………………

Czytelny podpis Pacjenta i opiekuna / kuratora

**Dane rodzica , opiekuna / kuratora w przypadku Zgody Zastępczej lub Równoległej**

Imię i nazwisko

…………………………………………………………………………………

PESEL

…………………………………………………………………………………

Prywatna praktyka lekarska

Anna Sara-Nowak

Ul. Floris 8/3, 32-700 Bochnia

NIP: 675-136-62-65 REGON 364054442

**DANE PACJENTA**

Imię i Nazwisko ……………………………………………………………………………………….

PESEL ………………………………………………………………………………………………………..

**OŚWIADCZENIE PACJENTA**

Upoważniam osobę bliską (imię i nazwisko) ……………………………...……….……………………...…………………………..

numer telefonu …………………………………………….….. stopień pokrewieństwa ………………..………………..…… do:

(\*niepotrzebne skreślić)

- otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia oraz udzielonych świadczeń medycznych TAK / NIE

- uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej (także po mojej śmierci) TAK / NIE

- odbioru recept i zaleceń TAK / NIE

………………………………………………………....……… (data i podpis)

**OŚWIADCZENIE PACJENTA**

Nie upoważniam nikogo do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia, udzielonych świadczeniach medycznych oraz do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej.

………………………………………………………....……… (data i podpis) ⁯

Podstawa prawna:

- art. 9 ust. 2 i 3 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz art. 31 i in. ustawy z dn. 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty

- art. 26 ust. 1 i 2 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

- art. 42 ust. 4 ustawy z dn. 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty