

OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Szanowni Rodzice,

Bezpieczeństwo Waszego dziecka jest dla nas priorytetem.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi, zgodę na leczenie dziecka wydać mogą wyłącznie rodzice lub opiekun prawny. Zdajemy sobie sprawę z tego, że zdarzają się takie sytuacje kiedy na wizytę małoletni przychodzi z członkami rodziny. Abyśmy mogli przyjąć wtedy Państwa dziecko prosimy o wskazanie kto, z Waszych bliskich może przyjść na wizytę i jednocześnie wyrazić zgodę na leczenie Waszego dziecka w naszej placówce.

Dane Przedstawiciela ustawowego (imię i nazwisko, PESEL, Adres zamieszkania, telefon kontaktowy)

Dane dziecka (imię i nazwisko, PESEL)

Prawo do opieki nad dzieckiem przysługuje:

Matce

Ojcu

działając jako Przedstawiciel Ustawowy dziecka:

Wyrażam zgodę na samodzielne wizyty kontrolne dziecka*

Tak

Nie

Do wyrażania zgody na leczenie (szczepienie zarówno obowiązkowe jak i nieobowiązkowe), w tym do przychodzenia z dzieckiem na wizyty upoważniam:

1.

Imię, Nazwisko, Adres zamieszkania, telefon, data urodzenia

Stopień pokrewieństwa

2.

Imię, Nazwisko, Adres zamieszkania, telefon, data urodzenia

Stopień pokrewieństwa

Data i podpis

Data i podpis

** Decyzję w zakresie samodzielnych wizyt kontrolnych ostatecznie podejmuje lekarz. Samodzielne wizyty kontrolne są możliwe od 13. roku życia pacjenta. Wizyta kontrolna oznacza wizyty, w ramach których nie ma konieczności uzyskania zgody na leczenie, wiąże się z kontynuacją leczenia pacjenta.*

Na podstawie:

Art. 14 ust. 2 pkt 3 oraz art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2016.186 t.j. z dnia 2016.02.16).

Art. 34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz.U.z 2015 r. poz. 464).

Art., 97-98 Ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks Rodzinno Opiekuńczy (Dz.U. 1964.9.poz.59).