



OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a)

.....
(imię, nazwisko, PESEL)

jako opiekun prawny dziecka/podopiecznego:

.....
(imię, nazwisko, PESEL)

.....
(adres)

oświadczam, że:

1. do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych mojego dziecka/podopiecznego¹⁾,

upoważniam*

.....
(imię, nazwisko, nr telefonu lub adres)

sprzeciwiam się ujawnianiu informacji objętych tajemnicą informacji związanych z małoletnim pacjentem w przypadku jego śmierci*/²⁾

2. do uzyskiwania dokumentacji medycznej mojego dziecka/podopiecznego³⁾

upoważniam*

.....
(imię, nazwisko, nr telefonu lub adres)

nie upoważniam nikogo i sprzeciwiam się udostępnianiu dokumentacji medycznej po śmierci mojego dziecka/podopiecznego*/¹⁾

3. do odbioru recept, zleceń, wyników badań i skierowań mojego dziecka/podopiecznego²⁾

upoważniam*

.....
(imię, nazwisko, nr telefonu lub adres)

nie upoważniam nikogo*

upoważniam dowolną osobę, która się zgłosi*

*właściwie zaznaczyć

Na podstawie:

1) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069)

2) Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

3) Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Szczecin, dnia.....
(czytelny podpis przedstawiciela ustawowego)

.....
Data i podpis osoby przyjmującej Oświadczenie

.....
Data i podpis osoby wprowadzającej dane do systemu

¹POUCZENIE O SKUTKACH SPRZECIWU PACJENTA

1. Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego – art. 13 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
2. Osoby wykonujące zawód medyczny, z wyjątkiem przypadków, o których mowa w art. 14 ust. 2 pkt 1-3 i ust. 2a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, są związane tajemnicą **również po śmierci pacjenta**, chyba że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi **osoba bliska pacjentowi** w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy. Osoba bliska wyrażająca zgodę na ujawnienie tajemnicy może określić zakres jej ujawnienia.
3. **Osobą bliską jest** małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta.
4. **Pacjent ma prawo wyrażenia sprzeciwu** w zakresie ujawniania osobom bliskim po jego śmierci tajemnicy informacji związanych z udzielonymi mu świadczeniami – art. 14 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
5. Sprzeciw pacjenta dołącza się do dokumentacji medycznej pacjenta.
6. Zgodnie z treścią art. 14 ust. 7 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - W przypadku gdy pacjent za życia sprzeciwił się ujawnieniu tajemnicy osobom bliskim, sąd, o którym mowa w art. 628 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego, w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej, może wyrazić zgodę na ujawnienie tajemnicy i określić zakres jej ujawnienia, jeżeli jest to niezbędne:
 - 1) w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta;
 - 2) dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.

Zapoznałam/em się z pouczeniem

.....
data i czytelny podpis