

Imię i nazwisko dziecka: .....

PESEL dziecka jeśli posiada/jeśli nie Rodzica: .....

Adres zamieszkania .....

Numer telefonu osoby składającej oświadczenie .....

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie: .....

Stopień pokrewieństwa:  matka  ojciec  opiekun prawny

Imię i nazwisko drugiego Rodzica .....

1. 1. Upoważniam następujące osoby do otrzymania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka i udzielanych mu świadczeniach:

L.P.	Osoba upoważniona	Adres i numer telefonu

1.2 Nie upoważniam żadnych osób do otrzymania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka i udzielonych mu świadczeniach.

2.1 Upoważniam następujące osoby do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego dziecka:

L.P.	Osoba upoważniona	Adres i numer telefonu

2.2 Nie upoważniam żadnych osób do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego dziecka.

3. Zostałem poinformowany o możliwości zapoznania się z Prawami Pacjenta.

4. Wyrażam zgodę  nie wyrażam zgody na wysyłanie informacji medycznej na poniższy adres mailowy: .....

5. Wyrażam zgodę  nie wyrażam zgody na kontakt telefoniczny w sprawach związanych z realizowanymi świadczeniami medycznymi w tym potwierdzanie i odwoływanie wizyt z wykorzystaniem numeru telefonicznego podanego powyżej.

6. Wyrażam zgodę  nie wyrażam zgody na przesyłanie informacji o charakterze handlowym dotyczących nowych świadczeń medycznych i metod leczniczych stosowanych w Przychodni Lekarskiej ORLIK Sp. z o.o.

7. Upoważniam następujące osoby do odbywania wizyt i podejmowania decyzji dotyczących leczenia mojego dziecka

L.P.	Osoba upoważniona	SERIA I NUMER DOWODU OSOBISTEGO

8. Odwołuję  nie odwołuję wcześniej udzielone upoważnienie.

W przypadku podania osób upoważnionych do otrzymywania informacji o stanie zdrowia oraz upoważnionych do otrzymywania dokumentacji medycznej, prosimy o poinformowanie tych osób o fakcie, że ich dane będą przetwarzane przez Przychodnię i że przysługują im prawa wymienione w informacji poniżej.

**Niniejsze oświadczenie obowiązuje do odwołania/zmiany lub osiągnięcia pełnoletności przez pacjenta.**

**Data złożenia oświadczenia:** .....

**Podpis rodzica/opiekuna:** .....

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż Administratorem danych osobowych Pani/Pana dziecka jest Przychodnia Lekarska ORLIK Sp. z o.o. ul. Ostrobramska 101, 04 – 041 Warszawa, reprezentowana przez Annę Boguradzką. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest Andrzej Peńsko, Tel. +48668906046. Dane osobowe Pani/Pana dziecka przetwarzane będą w celu realizacji świadczeń medycznych, na podstawie art. 9 pkt. 2 h rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. Dane osobowe Pani/Pana dziecka będą przechowywane zgodnie z ust. z dnia 06 listopada 2008 r o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych swojego dziecka, prawo do ich sprostowania, wyrażenia sprzeciwu przeciw przetwarzaniu tych danych osobowych, prawo do przenoszenia danych. Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana dziecka narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem koniecznym w wypadku udzielenia Pani/Pana dziecku świadczeń medycznych przez Przychodnię. Dane Pani/Pana dziecka będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w systemach informatycznych obsługi pacjenta.