ŁUKSJA MED

OŚWIADCZENIE RODZICA / PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO
dotyczące samodzielnego zgłaszania się na wizyty małoletniego pacjenta (ukończył 16 lat i nie ukończył 18 lat)

1. Dane rodzica / przedstawiciela ustawowego
Imię i nazwisko: ..... PESEL: .....
Telefon kontaktowy: .....
Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym małoletniego pacjenta:
2. Dane małoletniego pacjenta (ukończył 16 lat i nie ukończył 18 lat)
Imię i nazwisko: .....
Data urodzenia: ..... PESEL: .....
3. Oświadczenie dotyczące samodzielnych wizyt
Wyrażam zgodę na samodzielne zgłaszanie się wskazanego wyżej małoletniego pacjenta do Łuksja-Med Sp. z o.o. w Łukowie, bez mojej osobistej obecności.
Oświadczenie dotyczy:
☐ jednej wizyty w dniu .....
☐ kolejnych wizyt do odwołania niniejszego oświadczenia.
4. Informacja o zasadach udzielania świadczeń zdrowotnych
1. Małoletni pacjent, który ukończył 16 lat, ma prawo do współdecydowania o udzielanych mu świadczeniach zdrowotnych.
2. Co do zasady udzielenie świadczenia zdrowotnego wymaga zgody zarówno pacjenta, jak i jego przedstawiciela ustawowego.
3. Niniejsze oświadczenie dotyczy wyłącznie samodzielnego zgłaszania się na wizyty. Nie stanowi ogólnej zgody na wszystkie badania, zabiegi ani inne świadczenia zdrowotne.
4. W zależności od rodzaju świadczenia personel medyczny może potrzebować odrębnej zgody, dodatkowych informacji lub kontaktu z przedstawicielem ustawowym.
5. Pacjent zachowuje prawo do informacji o swoim stanie zdrowia oraz prawo do wyrażenia zgody lub odmowy na świadczenie zgodnie z obowiązującymi przepisami.

5. Oświadczenie małoletniego pacjenta
Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią dokumentu i wiem, że samodzielne przychodzenie na wizyty nie oznacza automatycznej zgody na każde świadczenie zdrowotne.
Imię i nazwisko pacjenta: .....
Miejscowość i data: .....
Czytelny podpis małoletniego pacjenta: .....
6. Podpis rodzica / przedstawiciela ustawowego
Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.
Zobowiązuję się poinformować placówkę o cofnięciu niniejszego oświadczenia.
Miejscowość i data: .....
Czytelny podpis rodzica / przedstawiciela ustawowego: .....

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych (RODO)
Administratorem danych osobowych jest Łuksja-Med Sp. z o.o. z siedzibą w Łukowie przy ul. Staropijarskiej 3. Dane zawarte w formularzu są przetwarzane w celu organizacji wizyt małoletniego pacjenta oraz realizacji obowiązków prawnych placówki. Dane mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa. Dane są przechowywane przez okres wymagany obowiązującymi przepisami. Pełna klauzula informacyjna dostępna jest w rejestracji oraz na stronie internetowej placówki.