

ZGODA NA SZCZEPIENIE DZIECKA ORAZ UPOWAŻNIENIE OSOBY TRZECIEJ

DANE DZIECKA:

Imię i nazwisko:

PESEL:

DANE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr dokumentu tożsamości:

ZGODA NA SZCZEPIENIE

Ja, niżej podpisany/a jako przedstawiciel ustawowy dziecka, wyrażam zgodę na wykonanie u mojego dziecka szczepienia ochronnego:

Przeciwno:

Preparatem:

po przeprowadzeniu badania lekarskiego kwalifikującego.

Oświadczam, że nie są mi znane przeciwwskazania zdrowotne do wykonania szczepienia.

UPOWAŻNIENIE OSOBY TRZECIEJ:

Upoważniam: Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr dokumentu tożsamości:

- Do uzyskania informacji medycznych oraz zaleceń po szczepieniu.
- Do sprawowania opieki nad dzieckiem w czasie badania kwalifikacyjnego oraz szczepienia ochronnego.

ZGODA NA NIEOBECNOŚĆ RODZICA

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na przeprowadzenie szczepienia bez mojej obecności.
(*niepotrzebne skreślić)

ZGODA RODO (Skrót)

Administratorem danych jest podmiot leczniczy realizujący świadczenie. Dane przetwarzane są w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z RODO oraz ustawą o prawach pacjenta.

Pełna klauzula RODO dostępna jest w rejestracji oraz na stronie internetowej przychodni.

Miejscowość: Data:

.....
(czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego)

Łuksja-Med Spółka z o.o.

ul. Staropijarska 3, 21-400 Łuków

email: biuro@luksja-med.pl

www.luksja-med.pl

tel: (0-25) 798 72 47

NIP: 825 201-13-03 REGON: 0600275587 KRS: 0000233407