CENTRUM ZDROWIA
w Opolu Sp. z o.o.

Oświadczenie przedstawiciela ustawowego pacjenta małoletniego

Oświadczam, iż jestem rodzicem/prawnym opiekunem dziecka i wyrażam zgodę na udzielenie świadczeń zdrowotnych w przychodni Centrum Zdrowia w Opolu Sp. z o. o. w pełnym zakresie oraz na przetwarzanie danych osobowych osoby małoletniej

* bez obecności przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego pacjenta w wieku 16 – 18 lat.

* w obecności opiekuna faktycznego do 18 roku życia.

(niepotrzebne skreślić)*

……..

(imię i nazwisko, pesel lub data urodzenia lub adres lub dokument tożsamości osoby małoletniej)

…….(data, czytelny podpis opiekuna ustawowego)

Podstawa prawna:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 09.11.2015r. poz. 2069 z póź. zmianami, w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) .