

Imię i nazwisko Pacjenta .....  
Adres zamieszkania .....  
PESEL .....  
Telefon kontaktowy .....

**OŚWIADCZENIE O ZEZWOLENIU NA PRZEPROWADZENIE BADANIA/  
UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO ORAZ  
ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH DZIECKA**

Jako /przedstawiciel ustawowy/ opiekun faktyczny/sąd opiekuńczy/\*

.....  
(imię i nazwisko, PESEL, stopień pokrewieństwa)  
zezwalam na /przeprowadzenie badania/ udzielenie świadczenia zdrowotnego/\* (porady, sesje)  
przez  
Tarnogórski Ośrodek Terapii Uzależnień, Profilaktyki i Pomocy Psychologicznej – Samodzielny  
Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej,

oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka w systemach informatycznych  
świadczeniodawcy i płatnika.

.....  
Data i podpis

(\* Uwaga - niepotrzebne skreślić)

Zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 nr 52 poz. 417 z późn.zm.) i Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 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), Ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018, poz. 1000 z późn. zm).

**UPOWAŻNIENIE OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE  
ZDROWIA DZIECKA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH  
ORAZ DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI**

Oświadczam, iż drugi rodzic .....nie jest pozbawiony praw rodzicielskich.

(imię i nazwisko)

Oświadczam, iż /do otrzymywania informacji na temat stanu zdrowia dziecka i udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych/ oraz /do uzyskiwania dokumentacji medycznej (także w przypadku śmierci)/\*upoważniam następującą osobę:

Imię i nazwisko .....  
Adres zamieszkania .....  
.....  
Telefon kontaktowy .....  
Stopień pokrewieństwa .....

.....  
Imię i nazwisko .....  
Adres zamieszkania .....  
.....  
Telefon kontaktowy .....  
Stopień pokrewieństwa .....

Oświadczam, iż nie udzielam upoważnienia /do przekazywania komukolwiek informacji o stanie zdrowia dziecka i o udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych (z wyłączeniem upoważnień ustawowych)/ oraz /do odbioru dokumentacji medycznej/\*.

.....  
Data i podpis

(\* Uwaga - niepotrzebne skreślić)

Zgodnie z Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2020 poz. 666).

Imię i nazwisko dziecka .....

Adres zamieszkania .....

PESEL .....

Telefon kontaktowy do  
przedstawiciela  
ustawowego/opiekuna  
faktycznego/sądu  
opiekuńczego .....

**OŚWIADCZENIE O ZEZWOLENIU NA UCZESTNICZENIE W TERAPII ORAZ  
ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH DZIECKA**

Jako /przedstawiciel ustawowy/ opiekun faktyczny/sąd opiekuńczy/\*

.....  
zezwalam na uczestniczenie ww. dziecka w terapii indywidualnej prowadzonej przez Tarnogórski Ośrodek Terapii Uzależnień, Profilaktyki i Pomocy Psychologicznej – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

Wyrażam /nie wyrażam zgodę/y na samodzielne przychodzenie dziecka na terapię.

Jednocześnie wyrażam zgodę, aby pracownicy Ośrodka kontaktowali się ze mną telefonicznie.

.....  
Data i podpis

(\* Uwaga - niepotrzebne skreślić)

Zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 nr 52 poz. 417 z późn.zm) i Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 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), Ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018, poz. 1000 z późn. zm).