

Ja, niżej podpisana/y

(Imię i nazwisko)

(PESEL)

Legitymująca/y się dokumentem tożsamości

(Rodzaj dokumentu)

(Seria i numer)

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym syna/córki/wychowanka/wychowanki *

(Imię i nazwisko dziecka)

(Data urodzenia)

**Niepotrzebne skreślić*

(Dokument potwierdzający powierzenie opieki prawnej)

(Miejsce i data wystawienia)

**Rodzice będący przedstawicielami ustawowymi osób małoletnich weryfikowani są na podstawie dokumentu tożsamości - inni opiekunowie prawni dodatkowo w oparciu o wypis stosownego orzeczenia sądowego względnie innego dokumentu potwierdzającego powierzenie prawnej opieki, który okazują i którego szczegółowe dane wpisują wyżej.*

Rejestracja Pacjentów, czy to świadczenie usług może odbywać się pod warunkiem jednoznacznej weryfikacji tożsamości Pacjentów, a jeżeli są małoletni – również niebudzącej wątpliwości weryfikacji tożsamości Przedstawicieli Ustawowych (Opiekunów Prawnych). Kodeks Postępowania dla Sektora Ochrony Zdrowia, zatwierdzony przez Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, który zawiera wytyczne ws. Weryfikacji tożsamości (m.in. pkt 6 Kodeksu). Zgodnie z postanowieniami Kodeksu w sytuacji, w której w imieniu Pacjenta występuje Przedstawiciel Ustawowy, tożsamość Pacjenta może być potwierdzona również przez Przedstawiciela Ustawowego w drodze oświadczenia i okazania dowodu tożsamości Przedstawiciela Ustawowego. Placówka medyczna może utrwalić informację o dacie dokonania weryfikacji oraz o rodzaju dokumentu Przedstawiciela Ustawowego, na podstawie którego została ona dokonana (pkt 6.2.4. Kodeksu). Ponadto, zgodnie z art. 25 ust. 1 pkt f) ustawy o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w przypadku gdy Pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) Przedstawiciela Ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania stanowią część dokumentacji medycznej (w ramach oznaczenia Pacjenta, pozwalającego na ustalenie jego tożsamości). Jeżeli zatem Pacjent jest osobą małoletnią, dane dotyczące Przedstawiciela Ustawowego stanowią jeden z obligatoryjnych elementów dokumentacji medycznej.

Oświadczam, że w przypadku niezgodności z prawdą w/w oświadczenia przejmę na siebie wszelką odpowiedzialność, w szczególności odpowiedzialność finansowo-odszkodowawczą względem MedPolonia Sp. z o.o., w przypadku gdyby złożenie przeze mnie powyższego oświadczenia stanowiło naruszenie jakichkolwiek przepisów prawa i/lub praw jakiejkolwiek osoby trzeciej i/lub skutkowało jakąkolwiek odpowiedzialnością MedPolonia Sp. z o.o., w tym zobowiązuję się niniejszym pokryć w całości wszelkie koszty wynikające z jakiegokolwiek roszczenia w stosunku do MedPolonia Sp. z o.o.

(Miejscowość, data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)