

**Zgadzam się** / **Nie zgadzam się**, aby niżej wymieniony podmiot opieki zdrowotnej udostępniał moje dane za pośrednictwem systemu LSP. Zapoznałem(-am) się ze wszystkimi informacjami zawartymi w broszurze „Tak! Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych medycznych; Dać pozwolenie na udostępnienie dokumentacji medycznej!”.

# Dane lekarza rodzinnego lub apteki:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jakiego podmiotu opieki zdrowotnej dotyczy zgoda? (świadczeniodawca 1)?** | **🞏 mojego lekarza rodzinnego**  **🞏 mojej apteki** | **🞏 TAK**  **🞏 NIE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko/Nazwa:** |  |
| **Adres:** |  |
| **Kod pocztowy i miejscowość:** |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jakiego podmiotu opieki zdrowotnej dotyczy zgoda? (świadczeniodawca 2)?** | **🞏 mojego lekarza rodzinnego**  **🞏 mojej apteki** | **🞏 TAK**  **🞏 NIE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko/Nazwa:** |  |
| **Adres:** |  |
| **Kod pocztowy i miejscowość:** |  |
|  |  |

# Moje dane Proszę pamiętać o złożeniu swojego podpisu.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwisko:** |  | **Inicjały:** |  | **🞏 M** | **🞏 K** |
| **Adres:** |  | | | | |
| **Kod pocztowy i miejscowość:** |  | | | | |
| **Data urodzenia:** |  | **Podpis:** |  | | |
|  |  | **DataL** |  | | |
|  |  |  |  |  |  |

# Czy chcą Państwo wydać zgodę również w imieniu swoich dzieci?

* W przypadku dzieci do 12. roku życia: wydają Państwo zgodę jako rodzic lub opiekun prawny. W tym celu mogą Państwo skorzystać z poniższego formularza.
* W przypadku dzieci od 12. do 16. roku życia, które chcą wydać swoją zgodę: na formularzu składają podpis zarówno Państwo jako rodzic lub opiekun prawny, jak i dziecko.
* Dzieci powyżej 16. roku życia samodzielnie wydają zgodę i wypełniają swój własny formularz.

# Dane moich dzieci

Proszę poniżej wypełnić dane dzieci, w imieniu których chcą Państwo wydać zgodę. **Proszę pamiętać o złożeniu poniżej również swojego podpisu.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwisko:** |  | **Inicjały:** |  | **🞏 M** | **🞏 K** |
| **Data urodzenia:** |  | **Podpis:** |  | **🞏 TAK** | **🞏 NIE** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwisko:** |  | **Inicjały:** |  | **🞏 M** | **🞏 K** |
| **Data urodzenia:** |  | **Podpis:** |  | **🞏 TAK** | **🞏 NIE** |
|  |  |  |  |  |  |

**Jeśli mają Państwo więcej, niż dwoje dzieci, proszę skorzystać z dodatkowego formularza zgody.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Podpis rodzica lub opiekuna prawnego:** |  | **Data:** |  |