

# Formularz zgody

Udostępnianie Państwa danych medycznych za pośrednictwem systemu LSP



volg je zorg

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)?	<input type="checkbox"/> mojego lekarza rodzinnego <input type="checkbox"/> mojej apteki	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Imię i nazwisko/Nazwa: .....		
Adres: .....		
Kod pocztowy i miejscowość: .....		
Jakiego podmiotu opieki zdrowotnej dotyczy zgoda? (świadczeniodawca 2)?	<input type="checkbox"/> mojego lekarza rodzinnego <input type="checkbox"/> mojej apteki	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Imię i nazwisko/Nazwa: .....		
Adres: .....		
Kod pocztowy i miejscowość: .....		

## Moje dane Proszę pamiętać o złożeniu swojego podpisu.

Nazwisko: .....	Inicjały: .....	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> K
Adres: .....			
Kod pocztowy i miejscowość: .....			
Data urodzenia: .....	Podpis: .....		
	Data: .....		

## 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: .....	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> K
Data urodzenia: .....	Podpis: .....	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Nazwisko: .....	Inicjały: .....	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> K
Data urodzenia: .....	Podpis: .....	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

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

Podpis rodzica lub opiekuna prawnego: .....	Data: .....
--	-------------

Proszę przekazać ten formularz lekarzowi rodzinnemu lub aptece, dla której wydają Państwo zgodę

(wersja maj 2021 r.)