

# Бланк дозволу

Передача вашої медичної інформації через LSP



volg je zorg

Я **надаю/не надаю** дозвіл зазначеному(-им) нижче надавачу(-ам) медичних послуг передавати мої дані через LSP. Я прочитав(-ла) всю інформацію у листівці «ТАК! Я хочу контролювати своє медобслуговування» та добре зрозумів(-ла) її зміст.

## Дані сімейного лікаря чи аптеки

Для якого надавача медичних послуг ви оформлюєте дозвіл?  
(надавач медичних послуг 1)

☐ мій сімейний лікар  
☐ моя аптека

☐ ТАК  
☐ НІ

Ім'я:

Адреса:

Поштовий індекс, населений пункт:

Для якого надавача медичних послуг ви оформлюєте дозвіл?  
(надавач медичних послуг 2)

☐ мій сімейний лікар  
☐ моя аптека

☐ ТАК  
☐ НІ

Ім'я:

Адреса:

Поштовий індекс, населений пункт:

## Мої дані не забудьте поставити підпис

Прізвище:

Ініціали:

☐ Ч

☐ Ж

Адреса:

Поштовий індекс, населений пункт:

Дата народження:

Підпис:

Дата:

## Чи ви бажаєте оформити дозвіл щодо своїх дітей?

- Діти віком до 12 років: ви надаєте дозвіл у якості батька/матері чи опікуна. Для цього ви можете використовувати цей бланк.
- Якщо ви бажаєте оформити дозвіл щодо дітей віком від 12 до 16 років: батько/мати чи опікун, а також дитина проставляють свої підписи.
- Діти старше 16 років надають дозвіл, самостійно заповнюючи бланк.

## Дані моїх дітей

Внесіть нижче дані своїх дітей, щодо яких ви бажаєте надати дозвіл. **Не забудьте поставити внизу свій підпис.**

Прізвище:

Ініціали:

☐ Ч

☐ Ж

Дата народження:

Підпис дитини:

☐ ТАК

☐ НІ

Прізвище:

Ініціали:

☐ Ч

☐ Ж

Дата народження:

Підпис дитини:

☐ ТАК

☐ НІ

У вас більше двох дітей? Попросіть додатковий бланк дозволу.

Підпис батька/матері  
або опікуна:

Дата:

Передайте цей бланк своєму сімейному лікарю чи до аптеки, якій ви бажаєте надати дозвіл.

Редакція: травень 2021 р.