

Бланк дозволу

Передача вашої медичної інформації через LSP



volg je zorg

☐ **ТАК**

Я **даю** дозвіл зазначеному нижче надавачу 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.

☐ **НІ**

Я **не** даю дозволу вказаному нижче надавачу 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?

- ☐ мій сімейний лікар
☐ моя аптека

Ім'я:

Адреса:

Поштовий індекс, населений пункт:

Мої дані не забудьте поставити підпис

Прізвище:

Ініціали:

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:

Дата народження:

Підпис дитини:

☐ ТАК

☐ НІ

Прізвище:

Ініціали:

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 2023 р.