

UPOWAŻNIENIE

przedstawiciela ustawowego Pacjenta nieposiadającego pełnej zdolności do czynności prawnych (dalej jako „Pacjent”) na wykonanie badań lub innych świadczeń medycznych w obecności opiekuna faktycznego Pacjenta oraz na udzielenie osobie upoważnionej informacji o stanie zdrowia Pacjenta i uzyskanie wyników badań Pacjenta

Imię i nazwisko Pacjenta	
PESEL lub data urodzenia	

Ja, niżej podpisana/ny przedstawiciel ustawy ww. Pacjenta:

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego	
PESEL	
Numer kontaktowy / adres e-mail	
Adres zamieszkania	

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania Pacjenta lub udzielenie Pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego w Centrum Medycznym Royalmed Sp. z o. o. w obecności niżej wymienionego opiekuna faktycznego oraz do uzyskania przez tegoż opiekuna informacji o stanie zdrowia Pacjenta oraz wynikach badań Pacjenta lub innych świadczeniach zdrowotnych udzielonych Pacjentowi, a także odbioru stosownej dokumentacji (wyniki badań, recepty, skierowania, itp.).

Imię i nazwisko OPIEKUNA FAKTYCZNEGO	
PESEL	
Numer kontaktowy	
Adres zamieszkania	

Data	Podpis Przedstawiciela ustawowego Pacjenta
Pracownik placówki potwierdzający przyjęcie Upoważnienia od Przedstawiciela ustawowego	Data i podpis

RoyalMed Sp. z o.o.
Wiślana 36
05-092 Łomianki
NIP: 536-186-92-59



- Pacjenci, którzy nie ukończyli 18 roku życia lub ubezwłasnowolnieni, mogą skorzystać z badań lub innych świadczeń medycznych oferowanych przez Royalmed Sp. z o. o. wyłącznie w obecności albo za zgodą przedstawiciela ustawowego (rodzica, opiekuna prawnego).
- W trakcie badań lub innych świadczeń medycznych oferowanych przez Royalmed Sp. z o. o. dopuszcza się obecność opiekuna faktycznego osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej, po uprzednim uzyskaniu i okazaniu pisemnej zgody przedstawiciela ustawowego (rodzica, opiekuna prawnego).
- Pacjenci w wieku od 16 do 18 lat oraz osoby ubezwłasnowolnione mogą skorzystać z badań lub innych świadczeń medycznych oferowanych przez Royalmed Sp. z o. o. bez obecności przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego po uzyskaniu i okazaniu pisemnej zgody przedstawiciela ustawowego (rodzica, opiekuna prawnego).

Oświadczam, że wszelkie informacje podane w dokumencie są zgodne z prawdą i stanem faktycznym i nie stanowią w jakikolwiek sposób naruszenia prawa. Oświadczam, że w przypadku podania nieprawdy/niezgodności przejmuję na siebie pełną odpowiedzialność cywilno-karną.

.....
Miejscowość, data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego

Dane osobowe będą przetwarzane przez Royalmed sp z o.o. w celach związanych ze świadczeniem usług medycznych. Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych przez Royalmed sp. z o.o. znajdą Państwo na stronie www.royalmed.com.pl.