

Medycyna Szkolna „IWOMED”
mgr Iwona PARYLAK

OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Dotyczące: danych ucznia na potrzeby Medycyny Szkolnej objętych tajemnicą medyczną i
ustawą o ochronie danych osobowych

Imię i nazwisko ucznia:

Data i miejsce urodzenia:

PESEL ucznia:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania ucznia:

Dziecko zadeklarowane jest do lekarza POZ:

(wpisać imię i nazwisko lekarza)

przyjmującego w przychodni:

Ja, telefon kontaktowy

Upoważniam / nie upoważniam nikogo / * poniżej wskazane osoby mi bliskie do
uzyskiwania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka, a także do odbierania dokumentacji
medycznej mojego dziecka:

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(telefon)

Wyrażam / nie wyrażam* zgody dla poniżej wskazanych osób na ujawnienie tajemnicy
związanej ze zdrowiem mojego dziecka: wychowawcę klasy, pedagoga szkolnego,
nauczyciela W-F

Wyrażam / nie wyrażam zgody na wykonanie świadczeń zdrowotnych zgodni z
Rozporządzeniem MZ z dnia 24.09.2013 r w/s świadczeń gwarantowanych POZ (dz. U. z 2013
poz. 248.).

Wyrażam / nie wyrażam zgody na sprawdzanie czystości przez pielęgniarkę.

Wyrażam / nie wyrażam zgody na przeprowadzenie fluoryzacji zębów (tylko klasy I-VI SP).

Wyrażam / nie wyrażam zgody na odbiór Karty zdrowia ucznia przez moje dziecko (zmiana
szkoły).

* *niepotrzebnie skreślić*

.....
(czytelny podpis przedstawiciela ustawowego)