

Pełnomocnictwo jednorazowe na wizytę/badanie w dniu \_\_\_\_\_

Pełnomocnictwo stałe ( ważne do odwołania)

Miejscowość  dnia

(imię i nazwisko rodzica lub innego ustawowego przedstawiciela)

Zamieszkała/ty

PESEL\*  Telefon kontaktowy

Przedstawiciel ustawowy małoletniego/niej („Dziecka”)

(imię i nazwisko małoletniego dziecka)

PESEL lub data urodzenia

**Oświadczam, że wyrażam zgodę w obecności opiekuna faktycznego:**

Imię i nazwisko opiekuna faktycznego

PESEL lub data urodzenia opiekuna faktycznego

Imię i nazwisko opiekuna faktycznego

PESEL lub data urodzenia opiekuna faktycznego

Imię i nazwisko opiekuna faktycznego

PESEL lub data urodzenia opiekuna faktycznego

W dniu  (data usługi medycznej)

**Na przeprowadzenia badań lekarskich i zabiegów leczniczych Dziecka W Rehasport Clinic tj. \*\*:**

1.	Konsultację lekarską, wydanie opinii i orzeczeń lekarskich, badanie	TAK		NIE	
2.	Pobranie krwi i/lub wydzielin z organizmu do badań	TAK		NIE	
3.	Odebranie recepty na leki zaordynowane w trakcie wizyty	TAK		NIE	
4.	Wykonanie szczepienia ***	TAK		NIE	
5.	Wykonanie badań diagnostycznych (bez ingerencji w integralność fizyczną pacjenta):				
a)	RTG	TAK		NIE	
b)	USG	TAK		NIE	
c)	MRI bez kontrastu	TAK		NIE	
6.	Świadczeń w zakresie rehabilitacji:				
a)	Zabieg rehabilitacyjny jednorazowy w dniu:				
b)	Cykl ustalonych zabiegów rehabilitacyjnych:	<b>od</b>		<b>do</b>	

**Oświadczam także, że wyrażam zgodę:**

Na udzielenie ww. opiekunowi faktycznemu informacji o stanie zdrowia pacjenta małoletniego, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechanie, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

**W przypadku zgody na wykonanie szczepienia ochronnego proszę o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania:**

1.	Czy pacjent w dniu podpisania oświadczenia jest chory?	TAK		NIE	
2.	Czy pacjent jest uczulony na leki, pokarmy, jakieś szczepionki lub lateks?	TAK		NIE	
<b>Jeśli tak, to jakie?</b>					
3.	Czy u pacjenta wystąpiła kiedykolwiek ciężka reakcja po szczepieniu?	TAK		NIE	
<b>Jeśli tak, to jaka?</b>					
4.	Czy pacjent choruje na astmę lub inną chorobę płuc, chorobę serca, nerek, krwi lub metaboliczną? (np. cukrzycę)?	TAK		NIE	
<b>Jeśli tak, to na jaką?</b>					
5.	Czy pacjent jest leczony przewlekłe kwasem acetylosalicylowym (np. aspiryną)	TAK		NIE	
6.	Czy u pacjenta w przebiegu minionych 3 miesięcy leczono kortyzonem, prednizonem lub innym kortykosteroidem (deksametazonem, encortolonem, encortonem, hydrokortyzonem, medrolem, metypredem itp.), lekami przeciw nowotworom złośliwym (cytostatycznymi), poddawano radioterapii (napromienianiu) lub leczeniu biologicznemu (lekami immunologicznymi, np. z powodu zapalenia stawów lub nieswoistego zapalenia jelit)?	TAK		NIE	
7.	Czy pacjent choruje na nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS, zakażenie HIV lub inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego)?	TAK		NIE	
8.	Czy u najbliższych krewnych rozpoznano ciężki wrodzony niedobór odporności lub występowały nagle, niewyjaśnione zgony z powodu zakażeń?	TAK		NIE	
9.	Czy u pacjenta występowały lub występują zaburzenia ze strony mózgu lub inne objawy ze strony układu nerwowego (np. zaburzenia świadomości, utrata przytomności, niedowład lub paraliż, upośledzenie umysłowe)?	TAK		NIE	
10.	Czy w ciągu minionego roku pacjent otrzymał krew lub preparat krwi ( np. osocze , krwinki czerwone, płytki krwi), lek nazywany immunoglobuliną lub otrzymuje lek przeciwwirusowy (z powodu opryszczki zwykłej, ospy wietrznej lub półpaśca)?	TAK		NIE	
11.	Czy pacjent otrzymywał jakąkolwiek szczepionkę w przebiegu 4 tygodni?	TAK		NIE	
<b>Jeśli tak, to jaką?</b>					
12.	Czy pacjent jest w ciąży lub istnieje ryzyko, że będzie w ciąży w ciągu najbliższego miesiąca?	TAK		NIE	

Data poprzedniego szczepienia

Nazwa szczepionki

Dawka

Po świadomym udzieleniu odpowiedzi na powyższe pytania, wyrażam zgodę na wykonanie u mojego niepełnoletniego dziecka szczepienia ochronnego w zakresie:

W poradni:

(adres placówki)

Miejscowość, data

Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

UWAGA: w przypadku dzieci do 6 r.ż. zalecany jest udział opiekuna prawnego, jednak w sytuacjach uzasadnionych – zdefiniowanych przez opiekuna prawnego dopuszcza się udział opiekuna fizycznego po podpisaniu niniejszego Oświadczenia.

\* W przypadku braku numeru PESEL inny dokument potwierdzający tożsamość

\*\* Oznaczyć właściwe poprzez jednoznaczne zakreślenie

\*\*\*W przypadku zgody na wykonanie szczepienia ochronnego proszę o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie



### Informacje podstawowe dotyczące przetwarzania danych osobowych

<b>Administrator danych</b>	Rehasport Clinic Sp. z o.o., ul. Górecka 30, 60-201 Poznań
<b>Cele przetwarzania</b>	Objęcie umową na udzielanie świadczeń zdrowotnych, świadczenie usług medycznych oraz zarządzanie świadczeniami medycznymi, objęcie umową na wynajem i użyczenie sprzętu medycznego, sprzedaży produktów medycznych, marketing bezpośredni usług własnych administratora danych (w tym profilowanie), rozliczenia finansowe i windykacja, obsługa reklamacyjna, archiwizacja i statystyka, prowadzenie badań naukowych
<b>Podstawy prawne przetwarzania</b>	obowiązek prawny / umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych lub wynajem sprzętu medycznego / nasz uzasadniony interes/ Twoja zgoda
<b>Odbiorcy danych</b>	Podmioty przetwarzające dane osobowe w imieniu administratora danych, podmioty uprawnione przepisami prawa, podmioty upoważnione przez Ciebie
<b>Źródła danych i uzyskiwane dane</b>	Podmiot, który zawarł umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych (dotyczy osób, dla których świadczone są usługi w ramach kontraktów partnerskich), osoba fizyczna, która zawarła umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
<b>Prawa związane z przetwarzaniem danych</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych w celach marketingowych,</li> <li>• prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych ze względu na szczególną sytuację,</li> <li>• prawo do przenoszenia danych,</li> <li>• prawo dostępu do danych,</li> <li>• inne prawa, o których mowa w szczegółowej informacji o przetwarzaniu danych.</li> </ul>
Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez Rehasport Clinic Sp. z o.o., ul. Górecka 30, 60-201 Poznań, dostępne są na stronie <a href="http://www.rehasport.pl/klauzula-informacyjna">www.rehasport.pl/klauzula-informacyjna</a> i w dziale obsługi Pacjenta Rehasport Clinic Sp. z o.o.	