

Załącznik nr 1 — Karta pacjenta i komplet oświadczeń: pacjent małoletni (wypełnia przedstawiciel ustawowy)

A. Dane pacjenta małoletniego:

Imię i nazwisko:.....

PESEL (a w razie jego braku — data urodzenia):.....

Adres zamieszkania:.....

B. Przedstawiciel ustawowy wypełniający kartę:

Imię i nazwisko:.....

Działam jako: ☐ matka ☐ ojciec ☐ opiekun prawny (postanowienie sądu — do wglądu)

Adres zamieszkania (jeżeli inny niż pacjenta):.....

Numer telefonu kontaktowego:.....

Adres e-mail:.....

C. Drugi przedstawiciel ustawowy (jeżeli dotyczy):

Imię i nazwisko:.....

Telefon lub e-mail do kontaktu w sprawach pacjenta:.....

Kanały kontaktu i przypomnienia o wizytach:

Wskazany powyżej numer telefonu i adres e-mail są kanałami potwierdzonymi — służą do kontaktu w sprawach wizyt (potwierdzenia i przypomnienia: ☐ SMS ☐ e-mail), przekazywania informacji zgodnie z upoważnieniami oraz udostępniania dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej zgodnie z Regulaminem prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej. O każdej zmianie powyższych danych zobowiązuję się niezwłocznie poinformować rejestrację.

D. Oświadczenie o władzy rodzicielskiej i sytuacji opiekuńczej:

☐ władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom w pełnym zakresie

☐ władza rodzicielska przysługuje wyłącznie mnie (drugi rodzic: nie żyje / został pozbawiony władzy / władza została zawieszona — właściwe podkreślić)

☐ władza rodzicielska drugiego rodzica jest ograniczona — zakres wynika z orzeczenia sądu

☐ jestem opiekunem prawnym ustanowionym przez sąd

☐ inna sytuacja (np. piecza zastępcza — podstawa):.....

Sygnatura i data orzeczenia sądu (jeżeli dotyczy; dokument do wglądu):.....

Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe i kompletne. Drugi rodzic posiadający władzę rodzicielską wie o objęciu dziecka opieką Poradni i nie sprzeciwia się temu, a o ewentualnym sporze w tym zakresie poinformowałem/-am Poradnię. Zobowiązuję się niezwłocznie informować o każdej zmianie w zakresie władzy rodzicielskiej lub sytuacji opiekuńczej — jestem świadomy/-a, że od tych okoliczności zależy zakres udzielanych informacji i dostępu do dokumentacji medycznej.

E. Zgoda na badanie i leczenie pacjenta małoletniego:

Wyrażam zgodę na badanie lekarskie oraz indywidualne wizyty diagnostyczne i terapeutyczne mojego dziecka/podopiecznego w Poradni, prowadzone przez lekarza psychiatrę oraz innych specjalistów zaangażowanych w proces diagnostyczno-terapeutyczny. Oświadczam, że poinformowano mnie w sposób zrozumiały o celu, charakterze i zakresie planowanych badań i wizyt, o proponowanych oraz możliwych alternatywnych metodach diagnostycznych i terapeutycznych, o możliwych korzyściach i dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, a także o prawie do zadawania pytań i odmowy zgody; miałem/-am możliwość zadania pytań i uzyskałem/-am zrozumiałe odpowiedzi.

Wyrażam zgodę na przeprowadzanie procedur diagnostycznych i terapeutycznych uzasadnionych stanem zdrowia dziecka, mieszczących się w zakresie świadczeń Poradni. Wiem, że zgodę mogę cofnąć w każdym czasie, przed rozpoczęciem lub w trakcie udzielania świadczenia, oraz że w przypadku pacjenta, który ukończył 16 lat, wymagana jest również zgoda samego pacjenta.

F. Zgoda pacjenta, który ukończył 16 lat:

Zostałem/-am poinformowany/-a w przystępny sposób o celu, charakterze i zakresie badania oraz wizyt diagnostycznych i terapeutycznych i wyrażam na nie zgodę.

Data i czytelny podpis pacjenta:.....

Upoważnienia (w imieniu pacjenta małoletniego):

Przedstawiciele ustawowi (rodzice posiadający władzę rodzicielską, opiekun prawny) uzyskują informacje o stanie zdrowia pacjenta i jego dokumentację medyczną z mocy ustawy — nie potrzebują do tego upoważnienia. Poniższe upoważnienie dotyczy wyłącznie innych osób (np. babci, nowego partnera rodzica, pełnoletniego rodzeństwa).

☐ nie upoważniam żadnej innej osoby — informacje i dokumentację uzyskują wyłącznie przedstawiciele ustawowi

☐ upoważniam wskazaną niżej osobę:

imię i nazwisko osoby upoważnionej:.....

telefon kontaktowy i relacja (np. babcia, partner):.....

zakres upoważnienia:

☐ uzyskiwanie informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach

☐ uzyskiwanie dokumentacji medycznej (wgląd, kopie, wyciągi, odpisy)

☐ również po śmierci pacjenta

Upoważnienie można w każdym czasie zmienić lub odwołać (druk aktualizacji). Upoważnienia i zgody złożone przez przedstawicieli ustawowych wygasają z chwilą osiągnięcia przez pacjenta pełnoletności.

Potwierdzenia:

☐ Potwierdzam, że przed pierwszą wizytą miałem/-am możliwość zapoznania się z klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych, Informacją o prawach pacjenta oraz zasadami organizacyjnymi i cennikiem Poradni (dokumenty dostępne w rejestracji oraz na stronie poradniasens.pl; Standardy Ochrony Małoletnich — w tym wersja dla dzieci — dostępne w Poradni i na stronie).

Zgoda opcjonalna — informacje o działalności Poradni:

☐ TAK ☐ NIE — wyrażam dobrowolną zgodę na otrzymywanie informacji o działalności medycznej Poradni: ☐ e-mailem ☐ SMS-em. Zgoda jest niezależna od korzystania ze świadczeń i mogę ją wycofać w każdym czasie (rejestracja@poradniasens.pl lub w rejestracji); wycofanie nie wpływa na zgodność z prawem wcześniejszego przetwarzania.

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

Podpis drugiego przedstawiciela ustawowego (jeżeli obecny):.....

CZĘŚĆ WYPEŁNIANA PRZEZ PORADNIĘ

Zweryfikowano tożsamość przedstawiciela ustawowego (rodzaj dokumentu — bez kopiowania):.....

Okazano orzeczenie sądu: ☐ nie dotyczy ☐ tak — rodzaj i sygnatura:

.....

Uwagi (np. rozbieżności, sposób wyjaśnienia):.....

Kartę odwzorowano cyfrowo i włączono do dokumentacji w systemie MyDr (data):.....

Imię, nazwisko i podpis pracownika:.....

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych zawarta jest w klauzuli informacyjnej dla pacjentów — dostępnej w rejestracji oraz na stronie poradniasens.pl.