

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany PESEL
(imię i nazwisko)

jako prawny opiekun
(imię i nazwisko dziecka)

niniejszym oświadczam, iż:

1) w ciągu ostatnich dwóch lat żaden inny niż WNZOZ MAXMED 1 KONIN zakład opieki zdrowotnej nie udzielił mojemu podopiecznemu świadczenia zdrowotnego w przedmiocie zdolności do uprawiania sportu, o którego to udzielenie występuje w chwili obecnej do MAXMED 1

2) mój podopieczny nie jest hospitalizowany, nie jest w trakcie czasowej przerwy w udzieleniu mu świadczenia zdrowotnego przez inny zakład opieki zdrowotnej w warunkach ambulatoryjnych lub zamkniętych, nie zostało jemu udzielone świadczenie zdrowotne przez inny zakład opieki zdrowotnej, o którego udzielenie zwróciłem się do MAXMED 1;

3) jestem świadomy iż w przypadku gdyby złożone przeze mnie oświadczenie nie było zgodne z prawdą, a NFZ odmówił sfinansowania udzielonego mojemu podopiecznemu (w ramach kontaktu zawartego z NFZ) przez MAXMED 1 świadczenia zdrowotnego lub zażądał zwrotu środków finansowych za wykonane świadczenie, MAXMED 1 może wystąpić przeciwko mnie z roszczeniem odszkodowawczym;

4) zapoznałem się z uprawnieniami wynikającymi z art. 26: ust.1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009. roku nr 52, poz. 471) i oświadczam, że upoważniłem / nikogo nie upoważniłem¹ do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej osoby mojego podopiecznego.

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej oraz jej adres zamieszkania i nr telefonu)

5) niniejszym upoważniam / nikogo nie upoważniam² do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia mojego podopiecznego i udzielonych świadczeniach zdrowotnych,

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej oraz jej adres zamieszkania i nr telefonu)

6) Zostałem poinformowany o możliwości cofnięcia w każdym czasie udzielonego upoważnienia (dotyczy pkt 4 i 5 niniejszego oświadczenia).

Konin, dnia

.....
podpis osoby składającej oświadczenie

1 Niepotrzebne skreślić

2 Niepotrzebne skreślić