



OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA DOTYCZĄCE ZGODY NA UDZIELENIE INFORMACJI MEDIOM O STANIE ZDROWIA DZIECKA

.....
imię i nazwisko dziecka

.....
data urodzenia dziecka

.....
imię i nazwisko, data urodzenia przedstawiciela ustawowego dziecka, adres zamieszkania, nr telefonu

Niniejszym, wyrażam zgodę na kontakt z moim dzieckiem (wymienionym powyżej) Redaktora/ki..... (imię i nazwisko dziennikarza/ki) reprezentującego/ą redakcję.....(wymienić wszystkie w których nastąpi publikacja zebranego materiału), celem wykonania zdjęć/materiału filmowego niezbędnego do przygotowania materiału prasowego.

Zostałem/am poinformowany/na, iż sposób wykorzystania wizerunku mojego dziecka pozostaje w gestii w/w redakcji, a Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie nie ma wpływu ani nie ponosi odpowiedzialności za sposób publikacji ani za jej treść.

Jednocześnie na podstawie art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wyrażam zgodę, by lekarz.....(imię i nazwisko lekarza) udzielił w/w dziennikarzowi/ce informacji o stanie zdrowia mojego dziecka w zakresie:

ogólny stan zdrowia dziecka

przebieg hospitalizacji

podjęte leczenie

inne:

Mam świadomość, że wypowiedź lekarza zostanie wykorzystana w tekście prasowym, audycji radiowej lub w programie telewizyjnym, o którym mowa powyżej jak i może być powielane przez inne media.

Oświadczam, że zrozumiałem/am, że Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie nie ma wpływu na treść umieszczanych w mediach wypowiedzi i nie bierze za nie odpowiedzialności. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/na o potencjalnych niekorzystnych dla pacjenta skutkach ujawnienia tajemnicy lekarskiej.

Oświadczenie zostaje dołączone do dokumentacji medycznej w/w pacjenta.

.....
podpis przedstawiciela ustawowego