

ФОРМА ЗМІНИ ДАНИХ НЕПОВНОЛІТНЬОГО ПАЦІЄНТА

Будь ласка, заповніть документ латинським алфавітом, а не кирилицею

Ім'я пацієнта _____
PESEL □□□□□□□□□□□□

Повідомлені зміни (вказіть, будь ласка, що саме стосується зміни):

1. ☐ Адреса проживання у Польщі

Вулиця _____ Номер будинку _____ Номер квартири _____

Поштовий індекс _____ Місто _____

Нова адреса: _____

☐ неповнолітнього пацієнта ☐ обох законних опікунів ☐ законного опікуна:

Ім'я та прізвище: _____ PESEL □□□□□□□□□□□□

2. ☐ Надання згоди на надсилання результатів аналізів та/або медичних карток неповнолітнього пацієнта в електронному вигляді електронною поштою в день підписання на адресу електронної пошти _____

3. ☐ Відгук раніше виданого дозволу на законного опікуна

☐ для всіх раніше законних опікунів ☐ для одного раніше законного опікуна:

Ім'я та прізвище законного опікуна _____

Дата народження законного опікуна □□-□□-□□□□

4. ☐ Надання дозволу на нового або додаткового законного опікуна

Ім'я та прізвище законного опікуна _____

Дата народження законного опікуна □□-□□-□□□□

Контактний номер законного опікуна _____

Зміна даних законного опікуна, на кого поширюється зміна:

Ім'я та прізвище законного опікуна _____

PESEL законного опікуна □□□□□□□□□□□□

5. ☐ За відсутності номера PESEL серія та номер паспорта _____

6. ☐ Контактний номер телефону _____

7. ☐ Адреса електронної пошти _____

□□-□□-□□□□

Дата підписання

Розбірливий підпис законного опікуна

