

## ZGŁOSZENIE WYBORU PLACÓWKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ, KTÓRA BĘDZIE SPRAWOWAĆ DALSZĄ OPIEKĘ NAD DZIECKIEM

### Dane matki

Imię i nazwisko	
PESEL lub seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	

Niniejszym przekazuję dane wybranej przeze mnie placówki w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, która obejmie moje dziecko dalszą opieką po porodzie.

Nazwa placówki	
Adres placówki	
Nr telefonu	
Adres e-mail	

Zostałam poinformowana, że do ww. placówki zostanie przesłana Karta Uodpornienia mojego dziecka, zgodnie z wytycznymi wynikającymi z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U.2018.1756 z późn.zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2023 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U. z 2023 r. poz. 2077).

Jestem świadoma, że ww. dokument stanowi część dokumentacji medycznej, zawiera dane osobowe moje (imię, nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu) oraz mojego dziecka: data urodzenia, płeć, a także dane dotyczące zdrowia, obejmujące poziom wyszczenia dziecka. W związku z tym potwierdzam prawidłowość wskazanych powyżej danych placówki, do której zostaną przesłane dane.

Data, czytelny podpis .....