

**WYRAŻENIE ZGODY
NA KONSULTACJĘ ZA POMOCĄ SYSTEMÓW
TELEINFORMATYCZNYCH**

W związku z aktualną sytuacją epidemiologiczną rozprzestrzeniania się koronawirusa SARS-CoV-2, zaleceniami Narodowego Funduszu Zdrowia, Głównego Inspektora Sanitarnego oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, które obowiązuje od 5 listopada 2019 r. wyrażam zgodę na przeprowadzenie porady lekarza, pielęgniarki lub położnej POZ za pomocą systemów teleinformatycznych lub łączności.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy
lub rodzica/opiekuna prawnego)