

imię i nazwisko pacjenta PESEL

adres zamieszkania Miasto

nr telefonu kontaktowego E-Mail

ZGODA PACJENTA DO OBJĘCIA OPIEKĄ PALIATYWNO-HOSPICYJNĄ

Wyrażam zgodę na proponowane leczenie i objęcie opieką przez Zespół Domowej Opieki Paliatywnej Siloe.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych.

Dane osoby wskazanej przez pacjenta do kontaktu z personelem NZOZ Siloe

.....
(imię i nazwisko, adres zamieszkania, nr telefonu)

.....
czytelny podpis pacjenta(ki) lub faktycznego opiekuna

OŚWIADCZENIE 1

Upoważniam / nie upoważniam* do otrzymania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej, także w przypadku mojej śmierci.

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

Adres osoby upoważnionej

Numer telefonu osoby upoważnionej

E- mail osoby upoważnionej

OŚWIADCZENIE 2|

Oświadczam, że nie korzystam z pomocy innego zakładu świadczącego opiekę w zakresie:

- rehabilitacja w warunkach domowych,
- pielęgniarstwa opieka długoterminowa domowa,
- tlenoterapia w warunkach domowych.

OŚWIADCZENIE 3

Oświadczam, iż w związku z zagrożeniem epidemiologicznym wywołanym koronawirusem SARS- CoV-2 zostałem poinformowany i stosuję się do wszystkich obowiązujących zasad:

- Często myję ręce
- Kiedy kaszlę lub kicham zakrywam usta i nos
- Ograniczam liczbę wizyt osób odwiedzających z zewnątrz
- Informuje telefonicznie o możliwym przyjeździe członków rodziny z kraju zagrożonego epidemią
- Informuje telefonicznie o kontakcie z osobą zarażoną bądź podejrzaną o zarażenie.

Jednocześnie jestem świadomy ciąży na mnie karze finansowej, mandacie karnym, grożącej mi za:

- Zatajenie informacji o przebywaniu w otoczeniu osoby, która w ostatnich 14 dniach powróciła z kraju zagrożonego epidemią (lista krajów podawana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)
- Zatajenie informacji, iż miałem bezpośredni kontakt z osobą z objawami koronawirusa lub z osobą chorą,
- Za nieprzestrzeganie kwarantanny.

Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować telefonicznie zespół Siloe sprawujący nade mną opiekę o każdej wyżej wymienionej sytuacji.