

.....
Miejscowość, data

imię i nazwisko pacjenta.....

adres zamieszkania.....

PESEL

nr telefonu kontaktowego

ZGODA PACJENTA DO OBJĘCIA OPIEKĄ PALIATYWNO- HOSPICYJNĄ

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez Zespół Domowej Opieki Paliatywnej (hospicjum domowe): NZOZ Siloe

(adres oddziału)

.....
*data, czytelny podpis pacjenta(ki) lub opiekuna prawnego lub opiekuna faktycznego**

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

.....
*data, czytelny podpis pacjenta(ki) lub opiekuna prawnego lub opiekuna faktycznego**

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:

.....

.....
*data, czytelny podpis pacjenta(ki) lub opiekuna prawnego lub opiekuna faktycznego**

*niepotrzebne skreślić

Potwierdzenie poinformowania osoby uprawnionej o obowiązku informacyjnym dotyczącym przetwarzania jego danych osobowych zostało zrealizowane poprzez:

- Telefon
- E- mail osoby upoważnionej
- Osobiście

.....
(data i podpis osoby informującej)

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.

.....
*data, czytelny podpis pacjenta(ki) lub opiekuna prawnego lub opiekuna faktycznego**