

Imię i nazwisko pacjenta .....PESEL.....

Adres zamieszkania .....

## I. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na proponowane mi leczenie i objęcie mnie opieką przez Hospicjum Domowe Centrum Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II.
2. Zapoznałem/łam się z Prawami Pacjenta.
3. Oświadczam, że nie zataiłem/łam informacji istotnych dla procesu leczenia.
4. Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Hospicjum w momencie rozpoczęcia leczenia szpitalnego u innego świadczeniodawcy.
5. Jestem ubezpieczony/a w Oddziale NFZ .....
6. Wyrażam zgodę (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz.U. z 2014r, poz. 1182 ze zm. )na przetwarzanie moich danych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

.....  
**podpis pacjenta**

## II. UPOWAŻNIENIE

1. Upoważniam / nie upoważniam nikogo \* do udzielenia informacji o stanie mojego zdrowia następującym osobom:

1) .....  
imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, adres

2) .....  
imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, adres

2. Upoważniam / nie upoważniam\* nikogo do udostępniania dokumentacji medycznej za życia / za życia i po mojej śmierci\* następującym osobom:

1) .....  
imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, adres

.....  
**podpis pacjenta**

Pacjent ze względu na swój stan kliniczny nie jest w stanie wyrazić woli/ wyrazić woli na piśmie\*

Pacjent wyraził wolę poprzez.....

.....  
czytelny podpis osoby zbierającej wywiad

.....  
czytelny podpis członka rodziny