

Imię i nazwisko pacjenta PESEL

Adres zamieszkania

I. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na proponowane mi leczenie i objęcie mnie opieką przez Hospicjum Stacjonarne 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. Jestem ubezpieczony/a w Oddziale NFZ
5. 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

3. Upoważniam / nie upoważniam* do odbioru rzeczy wartościowych pozostawionych przeze mnie w depozycie Hospicjum w razie śmierci:

1)
imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa

.....
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