

.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
telefon kontaktowy

ZGODA PACJENTA DO OBJĘCIA OPIEKĄ PALIATYWNO-HOSPICYJNĄ

- Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez Hospicjum Stacjonarne w Szpitalu Specjalistycznym w Jędrzejowie
- Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w
- Wrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

.....
podpis pacjenta lub prawnego opiekuna

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany, upoważniam Pana/Panią

Adres:

Do:

- Wglądu w moją dokumentację medyczną za pośrednictwem lekarza prowadzącego*;
- Uzyskania wyciągów, odpisów i kopii mojej dokumentacji medycznej*;
- Na wypadek mojej śmierci do wglądu w moją dokumentację medyczną za pośrednictwem lekarza prowadzącego oraz do uzyskania wyciągów, odpisów i kopii mojej dokumentacji medycznej*;
- Nie udzielam komukolwiek upoważnienia do wglądu w moją dokumentację medyczną oraz do uzyskania wyciągów, odpisów i kopii mojej dokumentacji medycznej*

***zaznaczyć właściwe**

.....
data i podpis pacjenta

Podpisy opiekuna faktycznego lub / i osoby bliskiej, w przypadku utrudnionej komunikacji lub niemożności złożenia podpisu

.....
Imię i Nazwisko

.....
podpis

.....
data

.....
Imię i Nazwisko

.....
podpis

.....
data