

**ZGODA NA OBJĘCIE OPIEKĄ
UPOWAŻNIENIE**

(zaznacz x)

- HOSPICJUM STACJONARNE
 HOSPICJUM DOMOWE

.....
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/ Hospicjum Domowe* im. Matki Teresy z Kalkuty w Żołąni
- Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w
- Wyrażam 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 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