

(pieczęć oddziału)

.....
Miejscowość i data

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

PESEL:

Nr telefonu kontaktowego:

ZGODA PACJENTA DO OBJĘCIA OPIEKĄ PALIATYWNO-HOSPICYJNĄ

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką, w tym leczenie objawowe oferowane przez Zespół Domowej Opieki Paliatywnej (hospicjum domowe): **NZOZ Siloe Tomasz Załęcki**

.....
(pieczęć oddziału)

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

ZGODA PACJENTA NA BADANIA i INNE ŚWIADCZENIA

Wyrażam zgodę na przeprowadzanie badań i innych świadczeń zdrowotnych oferowanych przez Zespół Domowej Opieki Paliatywnej (hospicjum domowe): **NZOZ Siloe Tomasz Załęcki**

.....
(pieczęć oddziału)

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

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika. Została mi pokazana Klauzula Informacyjna RODO, z którą się zapoznałem/am.

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

(pieczęć oddziału)

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

PESEL:

Nr telefonu kontaktowego:

OŚWIADCZENIE NR 1

Oświadczam, że nie korzystam z pomocy innego zakładu/świadczeniodawcy oferującego opiekę w zakresie:

- rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych / domowych,
- pielęgniarska opieka długoterminowa domowa,
- tlenoterapia w warunkach domowych.
- kompleksowa opieka pielęgniarska w ramach opieki przejściowej (opieka urologiczna, stomijna, leczenie ran).

W sytuacji niedostosowania się do powyższych oświadczeń o niekorzystaniu z pomocy innego zakładu/świadczeniodawcy oferującego opiekę w ww. zakresie NZOZ Siloe obciążę mnie lub/i mojego przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego kosztami wynikającymi z korzystania z wykluczających się świadczeń, do czego nie wnoszę zastrzeżeń.

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

OŚWIADCZENIE NR 2

Upoważniam / nie upoważniam* do otrzymania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej, także w przypadku mojej śmierci. Wyrażam / nie wyrażam* zgodę na przesyłanie dokumentacji drogą elektroniczną.

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:

Adres osoby upoważnionej:

PESEL osoby upoważnionej:

Numer telefonu osoby upoważnionej:

E-mail osoby upoważnionej:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:

Adres osoby upoważnionej:

PESEL osoby upoważnionej:

Numer telefonu osoby upoważnionej:

E-mail osoby upoważnionej:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:

Adres osoby upoważnionej:

PESEL osoby upoważnionej:

Numer telefonu osoby upoważnionej:

E-mail osoby upoważnionej:

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

(pieczęć oddziału)

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

PESEL:

Nr telefonu kontaktowego:

OŚWIADCZENIE NR 3

Zostałem/łam poinformowany/a o zasadach świadczenia usług zdrowotnych w Zespole Domowej Opieki Paliatywnej (hospicjum domowym): **NZOZ Siloe Tomasz Załęcki**, akceptuję je i będę się do nich stosował/a. Zostałem/am również poinformowany/a o prawach pacjenta wynikających z ustawy z dnia 6 listopada 2020 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - z późniejszymi zmianami

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

OŚWIADCZENIE NR 4

Oświadczam, iż jestem ubezpieczony/a w śląskim/małopolskim* Oddziale NFZ w

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

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Obowiązek informacyjny względem osoby uprawnionej dotyczący przetwarzania jego danych osobowych został zrealizowany poprzez:

- Telefon
- E- mail osoby upoważnionej
- Osobiście

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

*niepotrzebne skreślić