

.....  
miejsowość i data

.....  
imię i nazwisko pacjenta

.....  
adres zamieszkania

.....  
Pesel

.....  
telefon kontaktowy

### ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez hospicjum domowe, hospicjum stacjonarne, oddział medycyny paliatywnej \* .....

.....  
(nazwa i adres zakładu opieki zdrowotnej)

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w .....

Osoba (imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu) wskazana przez pacjenta do kontaktu z hospicjum/oddziałem medycyny paliatywnej

.....  
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

.....  
podpis pacjenta lub faktycznego opiekuna

\* - właściwie zakreślić