



Hospicjum Felicjanek

IM. BŁ. HANNY CHRZANOWSKIEJ

ul. Nowowiejska 10a, 00-653 Warszawa | tel: 22 6219228 | e-mail: info@hospicjumfelicjanek.pl

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
adres zamieszkania

.....
numer PESEL

.....
telefon kontaktowy

ZGODY I OŚWIADCZENIA PACJENTA

- Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez Hospicjum Sióstr Felicjanek im. bł. Hanny Chrzanowskiej w Warszawie:
 - Hospicjum stacjonarne
 - Hospicjum domowe
- Wyrażam zgodę na przekazanie do depozytu w Hospicjum Sióstr Felicjanek:
 - Mojego dowodu osobistego
 - Dowodu osobistego osoby, dla której jestem opiekunem prawnym:
.....
- Oświadczam, że jestem ubezpieczona/y w Oddziale NFZw.....
- Wyrażam zgodę na odstąpienie od wykonania sekcji zwłok w przypadku śmierci.
- Upoważniam / Nie upoważniam nikogo*, do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach medycznych.

Dane osoby/osób upoważnionej/nych do uzyskiwania informacji:

.....

Adres

Imię i nazwisko

.....

.....

Telefon kontaktowy

.....

Imię i nazwisko

.....

Telefon kontaktowy

.....

Adres

6. Upoważniam / Nie upoważniam nikogo*, do udostępniania mojej dokumentacji medycznej, stosownie do treści art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta. Ponadto oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/y o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.

Dane osoby/osób upoważnionej/nych do uzyskiwania informacji:

.....

Imię i nazwisko

.....

Telefon kontaktowy

.....

Adres

.....

Imię i nazwisko

.....

Telefon kontaktowy

.....

Adres

Do kontaktu w sprawach bieżących wskazuję:

.....

Imię i nazwisko

.....

Adres

.....

Telefon kontaktowy

.....

data i czytelny podpis pacjenta lub faktycznego opiekuna

***niewłaściwe skreślić**