

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
adres zamieszkania

.....
numer PESEL

.....
telefon kontaktowy

ZGODY I OŚWIADCZENIA PACJENTA

1. Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez Hospicjum Sióstr Felicjanek im. bł. Hanny Chrzanowskiej w Warszawie:

☐ Hospicjum stacjonarne

☐ Hospicjum domowe

2. Wyrażam zgodę na przekazanie do depozytu w Hospicjum Sióstr Felicjanek:

(dotyczy Hospicjum Stacjonarnego)

☐ mojego dowodu osobistego

☐ dowodu osobistego osoby, dla której jestem opiekunem prawnym:

-
3. Oświadczam, że jestem ubezpieczona/y w Oddziale NFZw.....

4. Wyrażam zgodę na odstąpienie od wykonania sekcji zwłok w przypadku śmierci.

(dotyczy Hospicjum Stacjonarnego)

5. Upoważniam / Nie upoważniam nikogo*, do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach medycznych.

Dane osoby/osób upoważnionej/nych do uzyskiwania informacji:

.....
Imię i nazwisko

.....
Telefon kontaktowy

.....
Adres

.....
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**