

OŚWIADCZENIE / ZGODA PACJENTA

Imię i Nazwisko Pacjenta

Adres.....

PESEL Telefon kontaktowy.....

ZGODA NA OBJĘCIE OPIEKĄ HOSPICYJNĄ

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką domową / stacjonarną przez NZOZ „Hospicjum Św. Arnolda Janssena” Stowarzyszenia Auxilium w Nysie.

Jestem ubezpieczony/a w Oddziale NFZ w

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez świadczeniodawcę i płatnika.

.....

.....

Data i podpis Pacjenta lub opiekuna prawnego

.....

.....

Podpis pracownika Hospicjum odbierającego oświadczenie

UPOWAŻNIENIE DO OTRZYMYWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I O UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH

Oświadczam, że do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i o udzielonych świadczeniach zdrowotnych upoważniam następującą osobę:

Imię i Nazwisko

Adres

Nr Dowodu Os. Tel. kontaktowy.....

Oświadczam jednocześnie, że nie udzielam upoważnienia do przekazywania komukolwiek innemu tychże informacji.

.....

.....

Data i podpis Pacjenta lub opiekuna prawnego

.....

.....

Podpis pracownika Hospicjum odbierającego oświadczenie

UPOWAŻNIENIE OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI

Oświadczam, że do uzyskiwania dotyczącej mnie dokumentacji medycznej (także w wypadku mojej śmierci) upoważniam następującą osobę:

Imię i Nazwisko

Adres

Nr Dowodu Os.Tel. kontaktowy.....

Oświadczam jednocześnie, że nie udzielam nikomu innemu upoważnienia do odbioru tejże dokumentacji.

.....

.....

Data i podpis Pacjenta lub opiekuna prawnego

.....

.....

Podpis pracownika Hospicjum odbierającego oświadczenie