

.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
adres zamieszkania

.....
Pesel

.....
telefon kontaktowy

ZGODA PACJENTA

.....
„PANACEUM” s.c.
PIELEGNIARSKI OŚRODEK MEDYCyny
Wyrażam zgodę na objęcie mojej opieki przez pielęgniarkę opieki długoterminowej
ŚRODOWISKOWO-ROBIZNIA

62-030 Luboń, ul. Cieszkowskiego 2/1B, tel. 61 813 12 11

PIELEGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

REGON 639631094, NIP 777-23-90-826

nr rej. 0000000 16489 (VII-006; VIII-2142)

nr umowy 100001008/14/1/0032/0/12/16 (nazwa i adres zakładu opieki zdrowotnej)

.....
Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w

.....
Imię i nazwisko, adres zamieszkania, telefon osoby wskazanej przez chorego do kontaktu z pielęgniarką

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

.....
podpis

.....
pacjenta lub faktycznego opiekuna

Luboń, dnia

.....
(Imię i nazwisko Pacjenta)

.....
(Nr PESEL)

.....
(Adres zamieszkania)

Oświadczenie

1. Oświadczam, że **upoważniam / nie upoważniam** do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych osobę bliską:

.....
.....
(Imię i nazwisko osoby upoważnionej, stopień pokrewieństwa, dane kontaktowe)

2. Oświadczam, że **upoważniam / nie upoważniam** do uzyskania dokumentacji medycznej osobę bliską:

.....
.....
(Imię i nazwisko osoby upoważnionej, stopień pokrewieństwa, dane kontaktowe)

3. Oświadczam, że **wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego.

.....
(Data, podpis pacjenta)