

.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
telefon kontaktowy

ZGODA PACJENTA DO OBJĘCIA OPIEKĄ PALIATYWNO-HOSPICYJNĄ

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez hospicjum domowe, hospicjum stacjonarne,
oddział medycyny paliatywnej*
Panaceum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp. z o.o.
62-030 Luboń, ul. Gieszkowskiego 2. lok. 1B.....
tel. 61 813 12 11

HOSPICIUM DOMOWE
(nazwa i adres zakładu opiekuńczego)
Kadon Nektar Luboń
nr rej. 0000000 16489 (VII-007, VIII-2180)
nr umowy 150001868/15/1/0029/0/17/22

.....
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 prawnego opiekuna

* - właściwe zakreślić