

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
miejscowość i data

.....

.....
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 *

..... (nazwa i adres zakładu
opieki zdrowotnej) 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