

.....
miejscowość, 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 im. bł. ks. Adolpha Kolpinga prowadzone przez Fundację Dzieła Kolpinga w Polsce z siedzibą: ul. Żułowska 51, 31-436 Kraków.

Jestem ubezpieczony w NFZ Odział / nie jestem ubezpieczony w NFZ*.

.....
Podpis pacjenta lub prawnego opiekuna

ZGODA PACJENTA NA BADANIA I INNE ŚWIADCZENIA

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań i innych świadczeń zdrowotnych oferowanych przez Hospicjum Domowe im. bł. ks. Adolpha Kolpinga prowadzone przez Fundację Dzieła Kolpinga w Polsce z siedzibą: ul. Żułowska 51, 31-436 Kraków.

.....
Podpis pacjenta lub prawnego opiekuna

OŚWIADCZENIE

Zostałem/łam poinformowany/a o zasadach świadczenia usług zdrowotnych zgodnie z Regulaminem organizacyjnym Hospicjum Domowego im. bł. ks. Adolpha Kolpinga prowadzonego przez Fundację Dzieła Kolpinga w Polsce.

Potwierdzam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacją RODO, której pełna treść jest dostępna w Regulaminie organizacyjnym Hospicjum Domowego im. bł. ks. Adolpha Kolpinga.

Oświadczam, iż akceptuję Regulamin organizacyjny i będę się do niego stosował/a. Zostałem/am również poinformowany/a o przysługujących mi prawach wynikających z ustawy z dnia 6 listopada 2020 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

*niepotrzebne skreślić

.....
Podpis pacjenta lub prawnego opiekuna