

.....  
Miejscowość 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 \* **Ośrodek Hospicyjno-Opiekuńczo-Edukacyjny**, Makówka 81, 17-210  
Narew, tel. 85 663 37 34

.....  
(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.

\* - właściwe zakreślić

.....  
Podpis pacjenta lub prawnego opiekuna