

.....
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 * **HOSPICJUM DOMOWE PW. PROROKA ELIASZA W MICHAŁOWIE,**
ul. Szkolna 20, 16-050 Michałowo, 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.

.....
podpis pacjenta lub prawnego opiekuna

* - właściwe zakreślić