



**Hospicjum**  
Domowe Wsparcie

załącznik nr 13 do zarządzenia nr 61/2007/DSOZ

.....  
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\*~~ ..... TOM PIECH PAULINA PIECHOWIAK.....  
..... HOSPICJUM DOMOWE WSPARCIE.....  
..... ul. 28 czerwca 1956r nr 213/239, 61-485 Poznań.....  
..... NIP 7831663155 REGON 36721010900028.....

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