

Dane PACJENTA

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres

.....

Telefon.....

e-mail.....


Hospicjum
 Domowe Wsparcie
OŚWIADCZENIE

Hospicjum Domowe Wsparcie

Oświadczam, że

- do informowania o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych upoważniam następujące osoby (imię, nazwisko, numer telefonu)

.....

- nie składam takiego upoważnienia

data, podpis.....

Oświadczam, że

- do uzyskania dokumentacji medycznej upoważniam następujące osoby (imię, nazwisko, telefon)

Oświadczenie to nie traci mocy również po mojej śmierci.

- nie składam takiego upoważnienia

data, podpis.....**ZGODA PACJENTA**

1. Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez Hospicjum Domowe Wsparcie.
2. Jestem ubezpieczony/a w Oddziale NFZ nr

data, podpis.....**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Ja niżej podpisany/podpisana zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.tzn. RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych w systemach świadczeniodawcy i płatnika.

Przetwarzanie danych osobowych Pacjenta w celu zapewnienia opieki zdrowotnej oraz zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej, odbywa się na podstawie art. 9 ust. 2 lit h) RODO w związku z art. 3 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

data, podpis