

Nazwisko i imię

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania

Zgoda pacjenta na objęcie opieką hospicyjną	
1	Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez Hospicjum Domowe Curatum w Bolesławcu. Podpis pacjenta
2	Oświadczam, że nie korzystam z zewnętrznej rehabilitacji domowej finansowanej z Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie jestem pacjentem/pacjentką innego hospicjum domowego, nie korzystam z poradni medycyny paliatywnej. Korzystanie z jednego z powyższych świadczeń wyklucza korzystanie ze świadczeń zdrowotnych CURATUM sp. z o.o. Niepowiadomienie o korzystaniu z zewnętrznej rehabilitacji lub innego świadczenia wykluczającego będzie skutkowało obciążeniem pacjenta kosztem opieki CURATUM Sp. z o.o. w wysokości 75 zł za każdy dzień. Podpis pacjenta
3	Wiem, że administratorem moich danych osobowych jest CURATUM Sp. z o.o. z siedzibą ul. Zygmunta Augusta 29, 59-700 Bolesławiec. Wiem, że moje dane zbierane są w celu rozliczenia realizowanych świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informacyjnych świadczeniodawcy i płatnika. Podpis pacjenta
4	Działając na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w związku z § 8 ust. 1 Rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, do udzielania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, do dostępu do dokumentacji medycznej oraz kontaktów z Hospicjum Domowym Curatum w Bolesławcu za życia i po mojej śmierci upoważniam: Pana/Panią..... Pokrewieństwo Adres zamieszkania..... Tel. kontaktowy..... Pana/Panią..... Pokrewieństwo Adres zamieszkania..... Tel. kontaktowy..... Pana/Panią..... Pokrewieństwo Adres zamieszkania..... Tel. kontaktowy..... Podpis pacjenta
5	Do podpisywania dokumentacji medycznej w moim imieniu i potwierdzania zrealizowanych świadczeń zdrowotnych upoważniam: Pana/Panią..... Pokrewieństwo Adres zamieszkania..... Tel. kontaktowy..... Pana/Panią..... Pokrewieństwo Adres zamieszkania..... Tel. kontaktowy..... Pana/Panią..... Pokrewieństwo Adres zamieszkania..... Tel. kontaktowy..... Podpis pacjenta