

Załącznik nr

.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
adres zamieszkania

.....
Pesel

.....
telefon kontaktowy

Z G O D A P A C J E N T A

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez hospicjum domowe, hospicjum stacjonarne,
oddział medycyny paliatywnej *

.....
(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 faktycznego opiekuna

* - właściwe zakreślić