

.....
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 pielęgniarkę opieki długoterminowej

.....
.....
(nazwa i adres zakładu opieki zdrowotnej)

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w

Imię i nazwisko, adres zamieszkania, telefon osoby wskazanej przez chorego do kontaktu z pielęgniarką

.....
.....
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

.....
podpis pacjenta lub faktycznego opiekuna

Oświadczenie

1. Upoważniam
(imię i nazwisko)
do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

Kontakt:.....

2. W razie śmierci upoważniam do uzyskania informacji medycznej :

.....
(imię i nazwisko)

.....
Data i podpis pacjenta

Nikogo nie upoważniam do uzyskiwania dokumentacji medycznej w razie mojej śmierci.

.....
Data i podpis pacjenta