



**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ  
ZAKŁADÓW OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ  
w Augustowie**

.....  
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 Stacjonarne w Augustowie, Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Długoterminowej, ul. 1 Pułku Ułanów Krechowieckich 17, 16 – 300 Augustów.

Upoważniam / nie upoważniam\* .....  
.....  
do otrzymywania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do wglądu do mojej dokumentacji medycznej.

Wyrażam / nie wyrażam\* zgody na przekazanie mnie, w razie potrzeby, do innej placówki medycznej

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika. Zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO.

Zapoznałem/am się z informacją, że Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Długoterminowej w Augustowie nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy wartościowe i pieniądze, które posiadam przy sobie.

.....  
podpis pacjenta lub opiekuna

\*właściwe zakreślić