

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

ZGODA PACJENTA

1. Wyrażam zgodę na pobyt, udzielenie wymaganego moim stanem zdrowia świadczenia medycznego oraz tworzenie niezbędnej dokumentacji medycznej przez Zakład Pielęgnacyjno - Opiekuńczy / Zakład Opiekuńczo – Leczniczy / Zakład Pielęgnacyjno – Opiekuńczy dla pacjentów Wentylowanych Mechanicznie* w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Długoterminowej w Augustowie, ul. 1 Pułku Ułanów Krechowieckich 17.

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

Data Podpis pacjenta / opiekuna

2. Upoważniam / nie upoważniam*

.....

.....

imię i nazwisko, adres, telefon

do kontaktu z zakładem opieki zdrowotnej, do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach medycznych oraz do dostępu do mojej dokumentacji medycznej tworzone w SPZZOD w Augustowie.

Data Podpis pacjenta / opiekuna

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

Data Podpis pacjenta / opiekuna

4. 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.

Data Podpis pacjenta / opiekuna

* Właściwe zaznaczyć