

.....
(data i miejscowość)

.....
.....
.....
(imię i nazwisko, adres zamieszkania)

ZGODA PACJENTA

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

* - właściwie zakreślić