

.....
nazwisko i imię pacjenta

.....
PESEL

Oświadczenie pacjenta

1. Ja, niżej podpisana/y wyrażam zgodę na pobyt i opiekę w Ośrodku Opiekuńczo – Rehabilitacyjnym „SŁONECZNIKI”.
2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o prawach pacjenta, a w szczególności o prawie do:
 - wyrażania zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy, po uzyskaniu odpowiedniej informacji,
 - informacji o stanie zdrowia, przebiegu terapeutycznym,
 - intymności i poszanowaniu godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych
 - opieki duszpasterskiej.
3. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem Praw i Obowiązków Pacjenta.
4. Oświadczam, iż na terenie Ośrodka nie pozostawiam żadnych osobistych, wartościowych przedmiotów i dokumentów.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów medycznych i właściwej obsługi w ramach działań potrzebnych do świadczenia usług medycznych w Ośrodku „SŁONECZNIKI” Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej VITOMED Sp. z o.o.
6. Upoważniam Panią/Pana*.....
stopień pokrewieństwa.
tel.
 - a) do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia
 - b) do uzyskania wglądu do dokumentacji medycznej.

.....
data

.....
podpis pacjenta lub osoby upoważnionej lub
przedstawiciela ustawowego