

PACJENT

Milanówek, dnia __.__._____

DANE WYMAGANE DO PRZYJĘCIA DO HOSPICJUM

Imiona i nazwisko pacjenta _____

Nazwisko rodowe: _____

Imiona rodziców: _____

Miejsce urodzenia: _____

PESEL _____

Seria i numer dowodu osobistego _____

Adres zameldowania/zamieszkania _____

ZGODA PACJENTA DO OBJĘCIA OPIEKĄ PALIATYWNO-HOSPICYJNĄ

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez Mazowieckie Hospicjum Milanówek
(Warszawska 1A, 05-822 Milanówek)

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w (miejscowość): _____

Osoba wskazana przez pacjenta **do kontaktu** z hospicjum:

Imię i nazwisko: _____,

numer telefonu: _____

Adres zamieszkania _____

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

Czytelny podpis pacjenta

PACJENT

OŚWIADCZENIE – UPOWAŻNIENIE DOTYCZĄCE UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Niniejszym oświadczam, że zostałem zapoznany z uprawnieniami wynikającymi z art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009r., Nr.52, poz. 417 z późn. zm.) i oświadczam, co następuje:

1. Do **udostępnienia mojej dokumentacji medycznej** (art. 26 ust. 1 w/w ustawy):

☐ Nie upoważniam nikogo.

☐ Upoważniam:

a. Imię i nazwisko: _____;

Telefon, adres: _____

b. Imię i nazwisko: _____;

Telefon, adres: _____

2. Do **wglądu do mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci** (art. 26 ust. 2 w/w ustawy):

☐ Nie upoważniam nikogo.

☐ Upoważniam:

a. Imię i nazwisko: _____;

Telefon, adres: _____

b. Imię i nazwisko: _____;

Telefon, adres: _____

Ponadto oświadczam, iż poinformowano mnie o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.

Miejscowość i data: _____

*Czytelny podpis **pacjenta***

RODZINA

OŚWIADCZENIE OSOBY BLISKIEJ OPIEKUJĄCEJ SIĘ CHORYM

Ja niżej podpisana/y _____,

stopień pokrewieństwa _____,

Seria i numer dowodu osobistego _____,

PESEL _____

Telefon kontaktowy _____

Jestem świadoma/y nieuleczalności choroby mojej bliskiej osoby którą pragnę umieścić w Mazowieckim Hospicjum w Milanówku.

Poinformowano mnie, że za pozostawione rzeczy wartościowe pacjenta Hospicjum nie ponosi odpowiedzialności.

Poinformowano mnie, że odstąpiono od diagnostyki i leczenia przyczynowego, a dalsza opieka ma charakter leczenia objawowego, a także o nie przedłużaniu życia za wszelką cenę (reanimacja, resuscytacja).

W przypadku zgonu chorego w Hospicjum proszę o odstąpienie od wykonania sekcji zwłok.

Po śmierci chorej/go zobowiązuję się zająć sprawami związanymi z pochówkiem i zobowiązuję się do zabrania zwłok przez zakład pogrzebowy w czasie nie dłuższym niż 2 godziny, po tym czasie Hospicjum ma prawo do przewiezienia zwłok poprzez Zakład Pogrzebowy, z którym ma podpisaną umowę na przetrzymywanie zwłok do chłodni.

Miejscowość i data: _____

Czytelny podpis osoby opiekującej się chorym