

.....  
imię i nazwisko pacjenta

.....  
pesel

.....  
adres zamieszkania

.....  
telefon kontaktowy

## Zgoda Pacjenta

**Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez Hospicjum Stacjonarne, Zakład Pielęgnacyjno - Opiekuńczy\*  
WNZOZ MAXMED1 Centrum Medycyny Paliatywnej w Koninie**

**Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w .....**

Imię i nazwisko, adres zamieszkania, telefon osoby wskazanej przez chorego do kontaktu z Hospicjum, Zakładem Pielęgnacyjno Opiekuńczym <sup>1</sup>

.....  
.....

.....  
data, podpis pacjenta

### OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że osobą upoważnioną do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych jest:

Nazwisko i imię, Adres zamieszkania z kodem pocztowym, Nr telefonu .....

.....  
data i podpis pacjenta

Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.

.....  
data i podpis pacjenta

2. Oświadczam, że osobą upoważnioną do uzyskiwania dokumentacji medycznej <sup>2</sup> dotyczącej mojej osoby jest:

Nazwisko i imię, Adres zamieszkania z kodem pocztowym, Nr telefonu .....

.....  
data i podpis pacjenta

Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby

.....  
data i podpis pacjenta

<sup>1</sup> – niewłaściwe skreślić

<sup>2</sup> - zgodnie z art. 26 ust. 2 ustawy z dnia 26.11.2008r. O prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. , Nr 52, poz. 417 ze zm. ) po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia.