

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Miejscowość, data

.....  
Adres zamieszkania

.....  
PESEL

.....  
Telefon kontaktowy

## ZGODA PACJENTA

**Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką Hospicjum Domowego, Hospicjum**

**Stacjonarnego, 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 jego faktycznego opiekuna**

**( opiekun faktyczny dokonuje podpisu po potwierdzeniu pisemnym lekarza wypełniającego orzeczenie,  
że chory własnoręcznie nie może złożyć podpisu)**