

.....

Olsztyn, dn.

Nr księgi głównej

.....
miejsowość i data

.....

Imię i nazwisko pacjenta

.....

Adres zamieszkania

.....

PESEL

.....

Telefon kontaktowy

ZGODA PACJENTA

1. Oświadczam, że jestem świadomy/a choroby przewlekła niewydolność oddechowa, glikogenowa oraz konieczności wentylacji mechanicznej. Wyrażam zgodę na prowadzenie wentylacji mechanicznej w warunkach domowych przez NZOZ Hospicjum Domowe – Stacja Opieki Caritas.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami sprawowania takiej opieki i jej zagrożeniami.
3. Zostałem/am przeszkolony w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej, wymiany rurki tracheostomijnej oraz w zakresie obsługi sprzętu.

Wyrażam zgodę na objęcie opieką przez NZOZ Hospicjum Domowe – Stacja Opieki Caritas ul. Grunwaldzka 45, 10-125 Olsztyn

..... (Imię i nazwisko) jest ubezpieczony w Oddziale NFZ

W

Osoba (Imię i nazwisko, adres zamieszkania, telefon) wskazana przez pacjenta do kontaktu z hospicjum

.....

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

.....

PODPIS PACJENTA LUB FAKTYCZNEGO OPIEKUNA