

.....  
miejsowość i data

.....  
imię i nazwisko pacjenta

.....  
adres zamieszkania

.....  
PESEL

.....  
telefon kontaktowy

**ZGODA PACJENTA DO OBJĘCIA OPIEKĄ PALIATYWNO-HOSPICYJNĄ**

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez hospicjum domowe, hospicjum stacjonarne, oddział medycyny paliatywnej \*

.....  
**HOSPICJUM „POMNIK MIASTU OŚWIĘCIM”**

.....  
**UL. WYSOKIE BRZEGI 4A, 32-600 OŚWIĘCIM**

(nazwa i adres zakładu opieki zdrowotnej)

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ

.....  
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 prawnego opiekuna

\* - właściwie zakreślić