

.....
Imię i nazwisko pacjenta.....
Numer pesel pacjenta.....
Adres zamieszkania pacjenta.....
Telefon kontaktowy pacjenta lub opiekuna

ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez pielęgniarkę opieki długoterminowej NZOZ SilesiaMED.

.....
Wzór podpisu pacjenta/opiekuna.....
Podpis pacjenta/opiekuna.....
Imię i nazwisko (pacjenta).....
miejscowość i data

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zostałem zapoznany z zasadami zapewnienia wyrobów medycznych niezbędnych do realizacji świadczeń przez pielęgniarkę, a także o zasadach zapewnienia przez świadczeniobiorcę, jego rodzinę lub opiekuna faktycznego środków higienicznych i opatrunkowych, leków oraz innych wyrobów medycznych zleconych przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

.....
Podpis pacjenta/opiekuna

.....
miejsowość i data.....
imię i nazwisko (pacjenta).....
numer PESEL (pacjenta).....
adres zamieszkania (pacjenta)

Płeć* K / M

O Ś W I A D C Z E N I E

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, 2281, z 2016 r. poz. 195, 677.) oświadczam, że zostałem poinformowany przez SilesiaMED., że:

- administratorem Pani/Pana* danych osobowych jest SilesiaMED z siedzibą w Mysłowicach,
- podanie danych osobowych jest dobrowolne,
- Pani/Pana* dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług przez SilesiaMED i nie będą udostępniane innym odbiorcom,
- posiada Pani/Pan* prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

*niepotrzebne skreślić

prawnego/opiekuna faktycznego

.....
podpis świadczeniobiorcy /opiekuna.....
miejsowość i data.....
imię i nazwisko (oświadczającego).....
numer PESEL (oświadczającego).....
adres zamieszkania (oświadczającego)

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że pacjent (imię i nazwisko):..... o numerze pesel:..... w chwili obecnej nie korzysta ze świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie:

- innej Pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej,
- Zespołu opieki długoterminowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w domu,
- Rehabilitacji ambulatoryjnej (w tym również pobytów dziennych),
- Hospicjum domowego.

Równocześnie oświadczam, że poinformowano mnie, iż w trakcie realizacji pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej przez NZOZ SilesiaMED, pacjent ten nie może korzystać równocześnie z wyżej wymienionych świadczeń, finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Ponadto, niezwłocznie powiadomię, NZOZ SilesiaMED, o każdym przypadku, gdy pacjent jest hospitalizowany lub korzysta z innych form stacjonarnej opieki (np. sanatorium), pod nr telefonu **(32) 223 02 34**.

W przypadku podania nieprawdziwych informacji zobowiązuję się do pokrycia kosztów świadczeń zrealizowanych na rzecz pacjenta (imię i nazwisko):, o numerze pesel:, za okres, który zostanie ujawniony, według stawek zakontraktowanych przez NZOZ SilesiaMED z Narodowym Funduszem Zdrowia.

.....
podpis oświadczającego