Med-dom Sp. z o.o.
Niebylec 224, 38-114 Niebylec
tel. 605 428 451, fax 17 27 73 195
REGON 365972571, NIP 8191667037

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Adres zamieszkania

PESEL

OŚWIADCZENIE PACJENTA

W imieniu własnym lub jako opiekun, wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką hospicjum domowego

Stwierdzam, że zostałem poinformowany o moim prawie do:

1. Informacjii o swoim stanie zdrowia,
2. wyrażenia zgody lub odmowie na określone badania i świadczenia zdrowotnej
3. bezpłatnego udzielania świadczeń

na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Jednocześnie oświadczam, że ustanawiam następującą(e) osobę(y) do:
a) Udzielania informacji o moim stanie zdrowia:

.....

(imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu)

b) Dostępu do mojej dokumentacji medycznej, także po śmierci:

.....

(imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu)

.....dnia..... ….....

miejscowość Podpis pacjenta