Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
BOG-med
36-047 Niechobrz 1008
Tel. 603 384 837, e-mail: bog.med@wp.pl
NIP:6851884597, Regon: 370452675

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Adres zamieszkania

PESEL

OŚWIADCZENIE PACJENTA

W imieniu własnym lub jako opiekun, wyrażam zgodę na objęcie mnie pielęgniarską opieką długoterminową domową

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