

UPOWAŻNIENIA, OŚWIADCZENIA I ZGODY PACJENTA

UPWAŻNIENIE DO UZYSKANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA (DOTYCZY RÓWNIEŻ NAGŁEGO POGORSZENIA STANU ZDROWIA LUB ZGONU) I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH

Upoważniam do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia oraz o udzielonych mi świadczeniach.

.....
(data i podpis pacjenta)

UPOWAŻNIENIE DO UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Upoważniam do uzyskania dostępu i odbioru dokumentacji medycznej.

.....
(data i podpis pacjenta i/lub opiekuna)

UPOWAŻNIENIE DO UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ NA WYPADEK ŚMIERCI

Upoważniam do uzyskania dostępu i odbioru dokumentacji medycznej w przypadku śmierci.

.....
(data i podpis pacjenta i/lub opiekuna)

OŚWIADCZENIA:

- | | |
|---|----------|
| 1. Wyrażam zgodę na udzielanie mi niezbędnych z punktu widzenia wiedzy medycznej świadczeń zdrowotnych. | Tak/Nie* |
| 2. Wyrażam zgodę na udział w moim procesie leczenia studentów. | Tak/Nie* |
| 3. Oświadczam, że zapoznano mnie z Prawami Pacjenta. | Tak/Nie* |
| 4. Pacjent przytomny / nieprzytomny* | |

* właściwe podkreślić

.....
(data i podpis pacjenta i/lub opiekuna)

AKCEPTACJA REGULAMINU

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o prawach pacjenta (Dz. U. z 2012r. poz. 159 - t.j.), jak również o zakazie palenia papierosów oraz spożywania alkoholu na terenie szpitala. Przekazano mi informacje o miejscu zdeponowania Regulaminu Organizacyjnego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach Spółka z o.o. w restrukturyzacji do wglądu oraz możliwości zdeponowania rzeczy wartościowych w depozycie czynnym całą dobę. Za pieniądze i rzeczy wartościowe nie oddane do depozytu Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. nie odpowiada.

.....
(data oraz czytelny podpis pacjenta i/lub opiekuna)