



.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

lub*

.....
Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

.....
Data i miejsce urodzenia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kod pocztowy

.....
Adres

.....
Telefon kontaktowy

ZGODA NA POBYT I LECZENIE W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA PODKARPACKIEGO IM. JANA PAWŁA II W KROŚNIE

Wyrażam zgodę na pobyt i leczenie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie oraz korzystanie z udzielanych przez Zakład świadczeń zdrowotnych obejmujących w szczególności: czynności związane z leczeniem, pielęgnacją i opieką pielęgniarską, badaniami diagnostycznymi, dietą i rehabilitacją. W razie konieczności przeprowadzenia badań i leczenia zabiegowego w trybie nagłym, ratującym życie pacjenta, wyrażam zgodę na ich wykonanie zgodnie z obecnym stanem wiedzy medycznej.

Jestem ubezpieczony w Oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia w

.....
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

.....
Podpis pacjenta

.....
* W przypadku braku PESEL