

Ja

.....
imię i nazwisko

niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przyjęcie do szpitala, leczenie i proces pielęgnowania oraz zapoznałem (zapoznałam) się z:

1. prawami pacjenta wynikającymi z Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
2. treścią Regulaminu Porządkowego Wojewódzkiego Centrum Szpitalnego Kotliny Jeleniogórskiej i zobowiązuje się go przestrzegać,
3. informacją, iż Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej nie ponosi odpowiedzialności materialnej za przedmioty wartościowe będące własnością pacjenta, jeśli nie zostały przekazane do depozytu,
4. informacją, iż administratorem danych osobowych jest Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej, ul. Ogińskiego 6, 58-506 Jelenia Góra oraz że dane te zbierane są w celu świadczenia usług medycznych, jak również iż mam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania a dane te podawane są dobrowolnie.

Nadto oświadczam, że osobą upoważnioną do:

1. otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia oraz udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych,
2. dostępu do dokumentacji medycznej, odbierania wyników badań wykonanych w trakcie hospitalizacji oraz do odbioru karty informacyjnej z leczenia,
3. odbioru przedmiotów i dokumentów pozostawionych w depozycie (nie dotyczy wydania w przypadku śmierci pacjenta – tylko spadkobiercy) są na tych samych zasadach:

.....
imię i nazwisko, adres, telefon

.....
imię i nazwisko, adres, telefon

Jednocześnie oświadczam, że

* - wskazana wyżej osoba jest upoważniona do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci lub za życia.

* - nie wyrażam zgody na przekazywanie komukolwiek dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci.

*) niepotrzebne skreślić

.....
data, czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

Podpis pacjenta niemożliwy do uzyskania z powodu:

.....
Data, pieczęć i podpis: