.....
miejscowość i data

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Adres zamieszkania

.....
Pesel

.....
Telefon kontaktowy

ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej w domu pacjenta przez NZOZ ,, SALUS" S.C. Marzanna Granowska
44-213 Książenice ul. Ks. Pojdy 98A.

Oświadczam , że nie jestem objęty(ta) opieką długoterminową , paliatywną, hospicyjną przez inną Firmę finansowaną w ramach NFZ.

W przypadku korzystania z w/w form opieki u innego świadczeniodawcy, zgadzam się na pokrycie kosztów opieki świadczonej przez NZOZ „SALUS" S.C. Marzanna Granowska

Jestem ubezpieczona/y i przysługuje mi prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

Imię i nazwisko , adres zamieszkania, telefon osoby wskazanej przez chorego do kontaktu

z pielęgniarką **NZOZ ,, SALUS" S.C.**.....

.....

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

.....
data i podpis pacjenta lub faktycznego opiekuna