

miejsowość i data , .....

.....  
imię i nazwisko pacjenta

.....  
adres zamieszkania

.....  
Pesel

### **ZGODA PACJENTA**

wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez

**HOSPICJUM STACJONARNE GRUPA ZDROWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ**

Osoba (imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu) wskazana przez pacjenta do kontaktu z hospicjum

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

.....  
Czytelny podpis pacjenta, opiekuna prawnego  
lub faktycznego w przypadku braku kontaktu z pacjentem

W przypadku zgody sądu na umieszczenie pacjenta w hospicjum zgoda nie jest wymagana, należy dołączyć prawomocne postanowienie sądu.