

Stowarzyszenie Hospicjum Kutnowskie		
Nr wersji 02	PS 05-02	Strona 1 z 6
Załącznik 4. Zgody/Oświadczenia Pacjenta dotyczące świadczonych usług		

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA

Miejscowość i data.....

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

PESEL...../data urodzenia.....

Telefon kontaktowy.....

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w.....

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

.....

W dniu poinformowano pacjenta o: stanie zdrowia oraz rozpoznaniu, celu i zakresie opieki hospicyjnej stacjonarnej, przewidywanych korzyściach i możliwych zagrożeniach, alternatywnych możliwościach opieki, prawie do odmowy lub wycofania zgody w każdym czasie.

Wyrażam zgodę na objęcie opieką przez:

- NZOZ „STACJONARNE HOSPICJUM KUTNOWSKIE”, 99-300 Kutno, ul. Jastrzębia 15. tel.24/2537310
- NZOZ „Hospicjum Kutnowskie -Zespoły Opieki Domowej, 99-300 Kutno, ul. Jastrzębia 15. tel.24/2537310
- NZOZ „Hospicjum Kutnowskie – Poradnia Medycyny Paliatywnej 99-300 Kutno, ul. Aleja ZHP 8 . tel.24/2537310

****właściwe zaznacz/zakreśl***

☐ TAK

☐ NIE

.....
Podpis Pacjenta /Osoby Upoważnionej /Opiekuna Faktycznego

Stowarzyszenie Hospicjum Kutnowskie		
Nr wersji 02	PS 05-02	Strona 2 z 6
Załącznik 4. Zgody/Oświadczenia Pacjenta dotyczące świadczonych usług		

OŚWIADCZENIE / ZGODA

Oświadczam, iż poinformowano mnie o Prawach Pacjenta oraz o prawie do:

- wyrażenia zgody lub odmowy na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych, po uzyskaniu stosownych informacji,
- informacji o stanie zdrowia, przebiegu leczenia oraz rokowaniu na przyszłość,
- dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez siebie,
- opieki duszpasterskiej.

Przyjmuję do wiadomości, że za rzeczy i kosztowności nie oddane do Depozytu

Stowarzyszenie "Hospicjum Kutnowskie" nie ponosi odpowiedzialności.

Zobowiązuję się do nie opuszczania oddziału bez zgody lekarza oraz poinformowania pielęgniarki.

- ☐ Wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych osobowych, zawierających: imię i nazwisko, numer historii medycznej na opasce identyfikacyjnej oraz karcie gorączkowej.
- ☐ Nie wyrażam zgody na umieszczenie moich danych osobowych, zawierających: imię i nazwisko, na opasce identyfikacyjnej oraz karcie gorączkowej. Na mojej opasce identyfikacyjnej zostanie zamieszczony numer historii medycznej.

.....
Podpis Pacjenta /Osoby Upoważnionej /Opiekuna Faktycznego

Stowarzyszenie Hospicjum Kutnowskie		
Nr wersji 02	PS 05-02	Strona 3 z 6
Załącznik 4. Zgody/Oświadczenia Pacjenta dotyczące świadczonych usług		

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PACJENTÓW STOWARZYSZENIA HOSPICJUM KUTNOWSKIE

1. Drogi Pacjencie, Administratorem Twoich danych osobowych jest Stowarzyszenie "Hospicjum Kutnowskie", zwany dalej: „**Administratorem**”. *Możesz skontaktować się z Administratorem pisząc na adres: ul. Jastrzębia 15, 99-300 Kutno lub telefonując pod numer: 24 253 73 10. Możesz również skontaktować się z Administratorem za pośrednictwem powołanego przez niego inspektora ochrony danych pisząc na adres: iod@hospicjumkutnowskie.pl lub telefonując pod numer: 24 253 73 10.*
2. Twoje dane przetwarzane są w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych, zarządzania udzielaniem tych usług oraz leczenia. Podstawą prawną przetwarzania pozyskanych danych jest Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
Twoje dane przetwarzane są również w celu rejestracji kaucji i zapewnienie jej rozliczalności w przypadku wypożyczenia przez Ciebie sprzętu wspomagającego Twoją opiekę. Podstawą przetwarzania danych jest uzasadniona potrzeba Administratora.
3. Twoje dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w zakresie związanym z realizacją powyższych celów. Twoje dane mogą być przekazane innym podmiotom jak NFZ, laboratorium, kolumna transportu sanitarnego oraz podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa w zakresie niezbędnym do świadczenia usług medycznych.
4. Administrator nie zamierza przekazywać Twoich danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.
5. Twoje dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, tj. przez czas świadczenia usług medycznych oraz wyznaczony właściwym przepisem prawa: Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
6. Masz prawo żądać od Administratora dostępu do swoich danych, ich sprostowania, zaktualizowania, jak również masz prawo do ograniczenia przetwarzania danych. Zasady udostępnienia dokumentacji medycznej zostały określone przez przepisy polskiego prawa.
7. W związku z przetwarzaniem Twoich danych osobowych przez Administratora przysługuje Ci prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Przekazaniem nam Twoich danych osobowych jest wymogiem ustawowym, dotyczy każdego Pacjenta, wobec którego realizujemy cele opisane w punkcie 2.
9. W oparciu o Twoje dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Ciebie zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania**.

**Właściwe zaznacz/zakreśl

Stowarzyszenie Hospicjum Kutnowskie		
Nr wersji 02	PS 05-02	Strona 4 z 6
Załącznik 4. Zgody/Oświadczenia Pacjenta dotyczące świadczonych usług		

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie Twoich danych osobowych przez nas: *Stowarzyszenie "Hospicjum Kutnowskie"*, z siedzibą w *Kutnie, ul. Jastrzębia 15*, w celu *ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych, zarządzania udzielaniem tych usług, leczenia oraz zapewnienie rozliczalności wpłaconej kaucji za wypożyczony sprzęt wspomagający opiekę?*

☐ TAK

☐ NIE

.....
Podpis Pacjenta /Osoby Upoważnionej /Opiekuna Faktycznego

Pacjent oświadczył, że:

1. Otrzymał pełną i zrozumiałą informację.
2. Miał możliwość zadawania pytań i uzyskał na nie odpowiedzi.
3. Wyraził zgodę ustnie na objęcie opieką hospicyjną w zakresie określonym powyżej.
4. Podstawa prawna:

Art. 16–19 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2023 poz. 1545 z późn. zm.) — zgoda ustna udzielona po uzyskaniu pełnej informacji jest prawnie skuteczna, a jej przyjęcie wymaga odnotowania w dokumentacji medycznej.

Dane osoby przyjmującej zgodę: *(wypełnia lekarz w HD i rejestratorka w HS)

Imię i nazwisko:

Stanowisko:

Podpis:

Świadek (jeżeli obecny):* (wypełnia członek rodziny, sąsiad, konkubent, opiekun)

Imię i nazwisko:

Stanowisko / relacja:

Podpis:

Stowarzyszenie Hospicjum Kutnowskie		
Nr wersji 02	PS 05-02	Strona 5 z 6
Załącznik 4. Zgody/Oświadczenia Pacjenta dotyczące świadczonych usług		

**UPOWAŻNIENIE DO UZYSKANIA
INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

- ☐ Upoważniam osobę/osoby ☐ Nie upoważniam nikogo
do udzielania informacji o moim stanie zdrowia.
- ☐ Upoważniam osobę/osoby ☐ Nie upoważniam nikogo
do uzyskania mojej dokumentacji medycznej

Dane osoby upoważnionej / osób upoważnionych:

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

Dane kontaktowe (np. telefon):

*Stopień pokrewieństwa z pacjentem (mąż/żona/ rodzic/krewny/ powinowany. osoba obca).

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

Dane kontaktowe (np. telefon):

przyjmuję do wiadomości, że Stowarzyszenie Hospicjum Kutnowskie jest administratorem danych osobowych dotyczących mojej osoby dla celów związanych z realizacją świadczeń medycznych

.....

Miejscowość, data, czytelny podpis pacjenta składającego oświadczenie

*** Art.26.1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta/działającej w jego interesie /Art.26.2 Po śmierci pacjenta, prawo do wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia

Stowarzyszenie Hospicjum Kutnowskie		
Nr wersji 02	PS 05-02	Strona 6 z 6
Załącznik 4. Zgody/Oświadczenia Pacjenta dotyczące świadczonych usług		

Zgoda na wykonanie i przetwarzanie zdjęć do dokumentacji medycznej

Ja, niżej podpisana(y)

wyrażam zgodę na wykonanie zdjęć fotograficznych okolic poddanych procesowi leczenia
odleżyn wyłącznie do celów dokumentacyjnych

☐ TAK

☐ NIE

.....
Podpis Pacjenta /Osoby Upoważnionej /Opiekuna Faktycznego

wyrażam zgodę na publikację / przetwarzanie wykonanych zdjęć fotograficznych okolic
poddanych procesowi leczenia leczenia, pod warunkiem nierozpoznawalności mojej osoby

☐ TAK

☐ NIE

.....
Podpis Pacjenta /Osoby Upoważnionej /Opiekuna Faktycznego