



| | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Imię i nazwisko DZIECKA: | | | | | | | | | | |
| PESEL: | | | | | | | | | | |

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych Dziecka w systemach informatycznych Hospicjum oraz Narodowego Funduszu Zdrowia.

Data i podpis rodzica/ opiekuna prawnego

Oświadczam, że w czasie pobytu w Hospicjum dziecko nie będzie korzystało z innych świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (w tym z opieki lekarza POZ – podstawowej opieki zdrowotnej).

Data i podpis rodzica/ opiekuna prawnego

UPOWAŻNIENIE DO UDZIELANIA INFORMACJI , DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI , ODWIEDZIN, SPACERÓW

Upoważniam poniższą osobę/y do uzyskania informacji o stanie zdrowia mojego Dziecka / mojego zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych:

| | |
|---------------------|--|
| Imię i nazwisko: | |
| Adres zamieszkania: | |
| Telefon kontaktowy: | |

| | |
|---------------------|--|
| Imię i nazwisko: | |
| Adres zamieszkania: | |
| Telefon kontaktowy: | |

Data i podpis rodzica/ opiekuna prawnego

Data i podpis pacjenta (powyżej 16 roku życia)