

## OŚWIADCZENIE O DOSTĘPIE DO DANYCH MEDYCZNYCH

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko pacjenta

\_\_\_\_\_  
PESEL

1. Niniejszym oświadczam, że Panią/Pana:

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Adres zamieszkania

Upoważniam do (zaznaczyć „X”):

- Otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- Uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia i udzielanych mi świadczeń zdrowotnych;
- Uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci;
- Odbioru wyniku badań, recepty, skierowania badania dodatkowe, zaświadczenia/opinii lekarskiej

\_\_\_\_\_  
Data, podpis pacjenta

2. Przyjmuję do wiadomości, iż Hospicjum w Katowicach z siedzibą w 40-031 Katowice, ul. Henryka Sienkiewicza 36/1, jest administratorem danych osobowych dotyczących mojej osoby dla celów związanych z realizacją świadczeń medycznych oraz dla celów marketingu bezpośredniego usług administratora oraz oświadczam, iż zostałem poinformowany/a o prawie dostępu do moich danych oraz ich poprawiania.

\_\_\_\_\_  
Adres e-mail

\_\_\_\_\_  
Podpis przyjmującego oświadczenia

\_\_\_\_\_  
Podpis składającego oświadczenie

## ZGODA NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na przeprowadzanie badań lub udzielanie innych świadczeń zdrowotnych, na zasadach określonych w rozdziale 5 Ustawy z dnia 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta przez Hospicjum w Katowicach w Katowicach z siedzibą w 40-031 Katowice, ul. Henryka Sienkiewicza 36/1.

---

Podpis pacjenta

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż w momencie objęcia mnie opieką przez Hospicjum Świętego Franciszka nie korzystam z usług innego hospicjum, zakładu opiekuńczo-medycznego, opieki długoterminowej, rehabilitacji. **W przypadku złożenia nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy pacjent będzie zobowiązany do pokrycia kosztów leczenia w hospicjum.**

---

Podpis pacjenta