



Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej GOMED-OSTROWIEC Spółka z o.o.  
Sp.k. ul. Polna 9f, 27-400 Ostrowiec Św., tel. 41 2470310, fax 41 2470320,  
NIP 661 21 55 903, REGON 29283112  
Zakład Medycyny Paliatywno- Hospicyjnej, Godów 84a, 27-225 Pawłów  
tel. 0-41 242-43-45, e-mail: zmph@gomed.com.pl  
I- 000000014912, V-04, VII-036, VIII-5182

Godów, dnia.....

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

.....  
Adres zamieszkania

.....  
PESEL

.....  
Telefon kontaktowy

## ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na objęcie opieką przez Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej GOMED, Zakład Medycyny Paliatywno – Hospicyjnej; Godów 84 a, 27 – 225 Pawłów. Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w

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

.....  
Podpis pacjenta lub faktycznego opiekuna

### **Oświadczam, że upoważniam niżej wymienioną osobę do\*:**

1. Otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach medycznych.
2. Wyrażenia zgody na przyjęcie do szpitala.
3. Uzyskania mojej dokumentacji za życia.
4. Uzyskania mojej dokumentacji w przypadku śmierci.

\* niepotrzebne skreślić

Imię i nazwisko osoby upoważnionej: .....

Adres i telefon: .....

Data ..... Podpis pacjenta.....

### **Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci.**

Data: ..... Podpis pacjenta.....



Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej GOMED-OSTROWIEC Spółka z o.o.  
Sp.k.

ul. Polna 9f, 27-400 Ostrowiec Św., tel. 41 2470310, fax 41 2470320,  
NIP 661 21 55 903, REGON 292831128

Zakład Medycyny Paliatywno- Hospicyjnej, Godów 84a, 27-225 Pawłów  
tel. 0-41 242-43-45, e-mail: zmph@gomed.com.pl  
I- 00000014912, V-04, VII-036, VIII-5182

Imię i nazwisko pacjenta:.....

## ZGODA PACJENTA NA OBJĘCIE OPIEKĄ HOSPICYJNĄ

- ☒ Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o przysługujących pacjentowi prawach;
- ☒ Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a co do stanu mojego zdrowia i rodzaju leczenia jakie stosowane jest przez hospicjum.
- ☒ Lekarze poinformowali mnie, że ten rodzaj leczenia nazywany jest leczeniem paliatywnym, a dział medycyny zajmujący się takim leczeniem nazywany jest medycyną paliatywną lub opieką hospicyjną.
- ☒ Celem leczenia paliatywnego jest zmniejszenie lub wyeliminowanie dolegliwości, zapewnienie pomocy w w razie zaostrzenia problemów związanych z chorobą, zapewnienie opieki. W języku medycznym określone jest to jako dążenie do uzyskania możliwie najlepszej „jakości życia”.
- ☒ Poinformowano mnie także, że:
  1. Znane jest rozpoznanie choroby, na którą cierpię. Rozpoznanie to zostało ustalone wcześniej i obecnie nie ma potrzeby wykonywania dalszych badań dla ustalenia rozpoznania.
  2. W hospicjum wykonywane są badania, których wyniki bezpośrednio określają mój stan zdrowia i mają bezpośredni wpływ na stosowane leczenie (morfologia, cukier, Na, K, Aspat, Alat, kreatynina). Nie wykonuje się badań, których wyniki nie wpływają bezpośrednio na sposób leczenia.
  3. W moim przypadku leczenie przyczynowe (zmierające do usunięcia choroby) zostało już zakończone i nie będzie więcej stosowane.
  4. Leczenie prowadzone w hospicjum zmierzać będzie do wyeliminowania uciążliwych objawów choroby i zapewnienia możliwie najlepszej opieki.
  5. W hospicjum nie prowadzi się leczenia z zastosowaniem metod sztucznie podtrzymujących życie.

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zrozumiałem/am w/w zasady leczenia stosowane w medycynie paliatywnej i wyrażam zgodę na leczenie hospicyjne prowadzone przez NSZOZ GOMED Zakład Medycyny Paliatywno – Hospicyjnej, Godów 84 a, 27-225 Pawłów.

.....  
Podpis osoby udzielającej informacji

.....  
data i podpis chorego/faktycznego opiekuna