



**Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej
GOMED-OSTROWIEC Spółka z o.o. Sp. k.**
Ul. Polna 9f, 27 – 400 Ostrowiec Św.
Zakład Medycyny Paliatywno- Hospicyjnej
Godów 84a, 27-225 Pawłów
tel. 41 242-43-45 fax. 41 247- 03-20
zmph@gomed.com.pl

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.....



REGON 292831128, NIP 661-21-55-903, BANK PEKAO SA NR 57 1240 5035 1111 0000 5564 1144



Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej
GOMED-OSTROWIEC Spółka z o.o. Sp. k.
Ul. Polna 9f, 27 – 400 Ostrowiec Św.
Zakład Medycyny Paliatywno- Hospicyjnej
Godów 84a, 27-225 Pawłów
tel. 41 242-43-45 fax. 41 247- 03-20
zmph@gomed.com.pl

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



REGON 292831128, NIP 661-21-55-903, BANK PEKAO SA NR 57 1240 5035 1111 0000 5564 1144