………………………………………………………….

miejscowość i data

...............................................................................................................................

imię i nazwisko pacjenta

................................................................................................................................

adres zamieszkania

.................................................................................................................................

Pesel

.......................................................................................................

telefon kontaktowy

**ZGODA PACJENTA NA OBJĘCIE OPIEKĄ**

Wyrażam zgodę na objęcie opieką pielęgniarską w ramach Pielęgniarskiej Opieki Długoterminowej

……………………………………………………………………………………………...................................

…………………………………………………………………………………………………………………...

(nazwa i adres zakładu opieki zdrowotnej)

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w ……………………………………………………………………….

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

…………………………………………………………………………………………………………………...

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

.............……………………………......

podpis pacjenta lub faktycznego opiekuna