



**Воеводський багатопрофільний центр онкології та травматології
ім. М. Коперніка в Лодзі**

Лодзь 93-513, вул. Пабяніцка 62, ідентифікаційний код Центру: 000000004373

ЗАЯВИ* - ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА ПРИЙОМ ДО ЛІКАРНІ

Дата.....

Ім'я та прізвище пацієнта	Номер PESEL
Прізвище та ім'я одного з батьків / законного представника (стосується пацієнтів до 18 років)	
Адреса проживання:	Контактний номер телефону
Адреса для кореспонденції (заповнити, якщо відрізняється)	Адреса електронної пошти

Я даю згоду на лікування і перебування в Лікарні.

Я не даю згоди на лікування і перебування в Лікарні.
Мене повідомлено про можливі негативні наслідки для мого здоров'я та життя/для здоров'я та життя моєї дитини* відмови від лікування та перебування в Лікарні.**

З метою забезпечення безпеки під час надання медичних послуг ваше ім'я та прізвище та дату народження буде розміщено на ідентифікаційному браслеті. Якщо ви не погоджуєтесь, щоб ваше ім'я, прізвище та дата народження були розміщені на зовнішньому боці браслета, вони будуть розміщені на внутрішньому.

Я погоджуюся на розміщення мого імені і прізвища та дати народження на зовнішньому боці ідентифікаційного браслета.

Я не погоджуюся на розміщення мого імені і прізвища та дати народження на зовнішньому боці ідентифікаційного браслета.

.....
розбірливий підпис пацієнта/ законного представника***

.....
розбірливий підпис дитини старше 16 років **

Уповноважую:

1. Пані/Пана:.....
що проживає у вул. буд.тел.

2. Пані/Пана:.....
що проживає у вул. буд.тел.

отримувати інформацію про стан здоров'я мій / моєї дитини* та надані медичні послуги.**

Я не уповноважую нікого отримувати інформацію про стан здоров'я мій / моєї дитини *** та надані медичні послуги.

Я заперечую **Я не заперечую** щодо розголошення інформації близькій особі про стан здоров'я мій / моєї дитини*** після смерті мене / моєї дитини***.

Уповноважую:

1. Пані/Пана:.....
що проживає у вул. буд.тел.

2. Пані/Пана:.....
що проживає у вул. буд.тел.

отримувати доступ до медичної документації моєї / моєї дитини.

Я нікого не уповноважую отримати доступ до моєї медичної документації.

Я заперечую **Я не заперечую** щодо надання близькій особі медичної документації моєї / моєї дитини*** після смерті мене / моєї дитини***.

.....
розбірливий підпис пацієнта/ законного представника***

.....
розбірливий підпис дитини старше 16 років **

ІНФОРМАЦІЙНЕ ПОЛОЖЕННЯ

З метою забезпечення прозорості обробки персональних даних у зв'язку з наданням медичних послуг повідомляємо, що:

Дані Адміністратора персональних даних

- Адміністратором ваших персональних даних є Воєводський багатопрофільний центр онкології та травматології імені М. Коперника в Лодзі, далі – Лікарня.
- Контактні дані Лікарні: 93-513 Лодзь, вул. Пабяніцка 62, тел. +48 42689 5000, e-mail:szpital@kopernik.lodz.pl.
- Якщо у вас виникли запитання щодо обробки даних, надішліть їх поштою на адресу Лікарні або електронною поштою до інспектора із захисту даних пана Томаша Здзеніцького (iod@kopernik.lodz.pl).

Цілі обробки даних

Ми обробляємо ваші дані у зв'язку з процесом надання медичних послуг.

Повна інформація щодо обробки персональних даних

Повну інформацію можна отримати в пунктах реєстрації, у місцях надання медичних послуг та на вебсайті Лікарні Коперника у Лодзі за адресою: www.kopernik.lodz.pl

Крім того:

1. Пацієнт має право передати цінні речі на зберігання.
2. Лікарня не несе відповідальності за речі, які не передані на зберігання та/або не знаходяться на складі одягу.
3. Ви зобов'язані негайно забрати речі зі зберігання та/або складу одягу після завершення лікування.
4. На території закладу категорично заборонено палити, розпивати алкогольні напої та вживати одурманюючі засоби, володіння колючими інструментами, вогнепальною зброєю та будь-якими небезпечними предметами.
5. Ви маєте право змінити особу/осіб, уповноважену/-их вище****.

.....
розбірливий підпис пацієнта/ законного представника***

.....
розбірливий підпис дитини старше 16 років **

УВАГА! Заповнювати тільки у разі анулювання наданих повноважень!!!

Я відкликаю вказане/і вище повноваження з***

.....
розбірливий підпис пацієнта/ законного представника***

.....
розбірливий підпис дитини старше 16 років **

Позначення:

* Заяву-згоду пацієнта на прийом до Лікарні заповнює тільки пацієнт або законний представник.

** Якщо пацієнту виповнилося 16 років і не виповнилося 18, інформація має бути подвійною, тобто адресована пацієнту та його законному представнику.

**..... -закресліть непотрібне горизонтальною лінією.

**** У разі анулювання зазначених повноважень ця заява втрачає чинність і пацієнт заповнює нові заяви за своїм бажанням.

поставте символ „X” у потрібному місці.

Близька особа – чоловік/дружина, родич до другого ступеня або свояк до другого ступеня по прямій лінії, законний представник, особа, яка проживає разом з пацієнтом, або особа, зазначена пацієнтом.