


**Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii
im. M. Kopernika w Łodzi**

Łódź 93-513, ul. Pabianicka 62, kod identyfikacyjny Centrum: 000000004373

OŚWIADCZENIA* – ZGODA PACJENTA NA PRZYJĘCIE DO SZPITALA

Data.....

Imię i nazwisko pacjenta	PESEL
Imię i nazwisko rodzica/ przedstawiciela ustawowego (dotyczy pacjentów poniżej 18 roku życia)	
Adres zamieszkania:	Nr telefonu kontaktowego
Adres korespondencyjny (jeżeli inny niż adres zamieszkania)	Adres e-mail

 Wyrażam zgodę na leczenie i pobyt w Szpitalu.

 Nie wyrażam zgody na leczenie i pobyt w Szpitalu.

Zostałam/-em poinformowana/-y o możliwych negatywnych konsekwencjach odmowy leczenia i pobytu w Szpitalu dla mojego zdrowia i życia/ dla zdrowia i życia mojego dziecka***.

W trosce o zapewnienie bezpieczeństwa w trakcie udzielania świadczeń medycznych Pani/Pana imię i nazwisko oraz data urodzenia zostaną umieszczone na opasce identyfikacyjnej. Jeśli nie wyrażacie Państwo zgody na umieszczenie swojego imienia, nazwiska oraz daty urodzenia na zewnętrznej stronie opaski, pozostaną one na jej wewnętrznej stronie.

 Wyrażam zgodę na umieszczenie mojego imienia i nazwiska oraz daty urodzenia na zewnętrznej stronie opaski identyfikacyjnej.

 Nie wyrażam zgody na umieszczenie mojego imienia i nazwiska oraz daty urodzenia na zewnętrznej stronie opaski identyfikacyjnej.

czytelny podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego***

czytelny podpis dziecka powyżej 16 r.ż. **

 Upoważniam:

 1. Panią/Pana
zamieszkałą/ego w ul. nr ..., tel.

 2. Panią/Pana
zamieszkałą/ego w ul. nr ..., tel.

do otrzymywania informacji o moim/mojego dziecka* stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.**
 Nie upoważniam nikogo do otrzymywania informacji o moim/mojego dziecka*** stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

 Sprzeciwiam się Nie sprzeciwiam się ujawnieniu informacji osobie bliskiej o moim/mojego dziecka*** stanie zdrowia po mojej/mojego dziecka*** śmierci.

 Upoważniam:

 1. Panią/Pana
zamieszkałą/ego w ul. nr ..., tel.

 2. Panią/Pana
zamieszkałą/ego w ul. nr ..., tel.

do uzyskania dostępu do mojej /mojego dziecka * dokumentacji medycznej.**
 Nie upoważniam nikogo do uzyskania dostępu do mojej dokumentacji medycznej.

 Sprzeciwiam się Nie sprzeciwiam się udostępnieniu osobie bliskiej mojej/mojego dziecka*** dokumentacji medycznej po mojej/mojego dziecka*** śmierci.

czytelny podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego***

czytelny podpis dziecka powyżej 16 r.ż. **

KLAUZULA INFORMACYJNA

W celu zapewnienia przejrzystości przetwarzania danych osobowych w związku z udzielaniem świadczeń medycznych chcemy Państwa poinformować o tym, że:

Dane Administratora Danych Osobowych

- Administratorem Państwa danych osobowych jest Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, zwane dalej Szpitalem.
- Dane kontaktowe Szpitala: 93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62, tel.: +48 42689 5000, e-mail: szpital@kopernik.lodz.pl.
- Jeśli mają Państwo pytania dotyczące przetwarzania danych prosimy je kierować listownie na adres Szpitala lub mailowo do Inspektora Ochrony Danych Pana Tomasza Zdzenickiego (iod@kopernik.lodz.pl).

Cel przetwarzania danych

Państwa dane przetwarzamy w związku z procesem udzielania świadczeń zdrowotnych.

Pełna informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

Pełną informację można uzyskać w punktach rejestracji, miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych oraz na stronie internetowej Szpitala Kopernika w Łodzi pod adresem www.kopernik.lodz.pl

Ponadto:

1. Mają Państwo prawo do złożenia rzeczy wartościowych w depozycie.
2. Za rzeczy nie złożone w depozycie i/lub w magazynie odzieży Szpital nie ponosi odpowiedzialności.
3. Mają Państwo obowiązek niezwłocznego odbioru rzeczy z depozytu i/lub magazynu odzieży po zakończeniu leczenia.
4. Na terenie placówki obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu, spożywania alkoholu oraz używania środków odurzających, posiadania ostrych narzędzi, broni palnej oraz wszelkich niebezpiecznych przedmiotów.
5. Mają Państwo prawo do zmiany osoby/ osób upoważnionej/-ych powyżej***.

.....
czytelny podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego***

.....
czytelny podpis dziecka powyżej 16 r.ż. **

U W A G A! Wypełnić tylko w przypadku cofania nadanych upoważnień!!!

Cofam wskazane powyżej upoważnienie/a z dniem ****

.....
czytelny podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego***

.....
czytelny podpis dziecka powyżej 16 r.ż. **

Legenda:

* Oświadczenia – zgodę pacjenta na przyjęcie do Szpitala wypełnia wyłącznie pacjent lub przedstawiciel ustawowy.

** Jeżeli pacjent ukończył 16 lat a nie ma skończonych 18 informacja powinna być podwójna tj. adresowana do pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego.

*** ----- - niepotrzebne skreślić linią poziomą

**** W przypadku cofnięcia wskazanych upoważnień niniejsze oświadczenie traci ważności i pacjent wypełnia nowe oświadczenia zgodnie ze swoją wolą.

- wstaw znak „X” we właściwym miejscu

Osoba bliska – małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta.