



DOKUMENT ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA

ZGODY I ZOBOWIĄZANIA

**Wydanie 4
z dnia 12.06.2024 r.**

**Numer dokumentu
ROA/Zał. nr 1**

strona 1 z 2

Imię i nazwisko.....

PESEL:

Nr. Ks. Gł.

Oświadczam , że wyrażam świadomą zgodę na przyjęcie i pobyt w Śląskim Centrum Rehabilitacyjno-Uzdrowiskowym , badania diagnostyczne i działania lecznicze .

ZOBOWIĄZANIE

W przypadku wcześniejszego opuszczenia Centrum lub dyscyplinarnego wydalenia za nieprzestrzeganie Regulaminu Centrum zobowiązuje się do pokrycia w całości kosztów skierowania (niewykorzystanych osobodni). Niniejszym potwierdzam , że zapoznałem się z cennikiem usług Centrum oraz zasadami odpłatności.

ZOBOWIĄZANIE

W trakcie leczenia w Śląskim Centrum Rehabilitacyjno – Uzdrowiskowym w Rabce – Zdroju nie będę korzystał/a z innych świadczeń medycznych (nie dotyczy świadczeń wykonywanych na zlecenie lekarzy Centrum w trakcie hospitalizacji i stanowiących całość procesu leczenia).

ZOBOWIĄZANIE

Podczas hospitalizacji nie będę stosował(a) substancji takich jak suplementy diety, zioła i wyciągi roślinne, narkotyki, dopalacze, używki czy sok grejpfrutowy w celu uniknięcia niekorzystnych interakcji pomiędzy podawanymi lekami, a tymi środkami.

.....
Data, czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego



DOKUMENT ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA

ZGODY I ZOBOWIĄZANIA

Wydanie 4
z dnia 12.06.2024 r.

Numer dokumentu
ROA/Zał. nr 1

strona 2 z 2

imię i nazwisko

PESEL.....

Nr .Ks. Gł.....

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany/a upoważniam nie upoważniam
do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych:

1.
Imię i nazwisko osoby upoważnionej, telefon, adres miejsca zamieszkania
2.
Imię i nazwisko osoby upoważnionej, telefon, adres miejsca zamieszkania
3.
Imię i nazwisko osoby upoważnionej, telefon, adres miejsca zamieszkania

.....
Data, podpis pacjenta/opiekuna prawnego

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany/a upoważniam nie upoważniam
do uzyskiwania dostępu do dokumentacji medycznej. Udostępnienie obejmuje prawo do wglądu, uzyskiwania wyciągów, odpisów lub kopii dokumentacji medycznej.

1.
Imię i nazwisko osoby upoważnionej, telefon, adres miejsca zamieszkania
2.
Imię i nazwisko osoby upoważnionej, telefon, adres miejsca zamieszkania
3.
Imię i nazwisko osoby upoważnionej, telefon, adres miejsca zamieszkania

.....
Data, podpis pacjenta/opiekuna prawnego

Zostałem(łam) poinformowany(a) o możliwości zmiany wyżej wymienionych oświadczeń w każdej chwili.

.....
Data, podpis pacjenta/opiekuna prawnego



DOKUMENT ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA

ZGODY I ZOBOWIĄZANIA

**Wydanie 4
z dnia 12.06.2024 r.**

**Numer dokumentu
ROA/Zał. nr 1**

strona 3 z 2