



DOKUMENT ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA

ZGODY I ZOBOWIĄZANIA

Wydanie 5
z dnia 12.06.2024.

Numer dokumentu
ROB/Zał. nr 1

strona 1 z 2

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr. Ks. Gł.

Oświadczam, że wyrażam/nie wyrażam*świadomą zgodę na przyjęcie i pobyt w Śląskim Centrum Rehabilitacyjno – Uzdrawiskowym, badania diagnostyczne i działania lecznicze.

Wyrażm /nie wyrażam zgodę na przechowywanie w zamkniętym pomieszczeniu telefonu komórkowego dziecka w godzinach od 19.00 do 8.50. W tych godzinach kontakt z dzieckiem będzie możliwy pod nr telefonu 18 26 76 300 wew. 402 lub 606 700 322

*dotyczy wyłącznie dzieci

ZOBOWIĄZANIE

W przypadku wcześniejszego opuszczenia Centrum lub dyscyplinarnego wydalenia za nieprzestrzeganie Regulaminu Centrum oraz Szkoły sanatoryjnej** zobowiązuję się do pokrycia w całości kosztów skierowania (niewykorzystanych osobodni).

Niniejszym potwierdzam, że zapoznałem się z cennikiem usług Centrum oraz zasadami odpłatności w przypadkach wskazanych powyżej.

*dotyczy wyłącznie dzieci

ZOBOWIĄZANIE

W trakcie leczenia w Śląskim Centrum Rehabilitacyjno – Uzdrawiskowym 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 mi lekami, a tymi środkami.

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



DOKUMENT ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA

ZGODY I ZOBOWIĄZANIA

Wydanie 5
z dnia 12.06.2024.

Numer dokumentu
ROB/Zał. nr 1

strona 2 z 2

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr. Ks. Gł.

UPOWAŻNIENIA

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

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