



DOKUMENT ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA

**ZGODY I ZOBOWIĄZANIA**

Wydanie 4  
z dnia 12.06.2024r.

Numer dokumentu  
ROC/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 – Uzdrawiskowym, badania diagnostyczne i działania lecznicze.**

**ZOBOWIĄZANIE**

W przypadku wcześniejszego opuszczenia Centrum lub dyscyplinarnego wydalenia za nieprzestrzeganie Regulaminu Oddziału 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.

**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 4  
z dnia 12.06.2024r.

Numer dokumentu  
ROC/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:

- .....  
Imię i nazwisko osoby upoważnionej, telefon, adres miejsca zamieszkania
- .....  
Imię i nazwisko osoby upoważnionej, telefon, adres miejsca zamieszkania
- .....  
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.

- .....  
Imię i nazwisko osoby upoważnionej, telefon, adres miejsca zamieszkania
- .....  
Imię i nazwisko osoby upoważnionej, telefon, adres miejsca zamieszkania
- .....  
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 12.06.2024r.**

**Numer dokumentu  
ROC/Zał. nr 1**

strona 3 z 2