

	DOKUMENT ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA ZGODY I ZOBOWIĄZANIA	Wydanie 1 z dnia 30.09.2025
		Numer dokumentu PR CO 1/Zał. nr C1
		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.

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



ZGODY I ZOBOWIĄZANIA

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

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