



DOKUMENT ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA

ZGODY I ZOBOWIĄZANIA

Wydanie 4
z dnia 12.06.2024 r.

Numer dokumentu
ROD/Zał. nr 1

strona 1 z 2

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr. Ks. Gł.

Oświadczam, że wyrażam świadomą zgodę na przyjęcie mojego dziecka/podopiecznego do Śląskiego Centrum Rehabilitacyjno – Uzdrowiskowego w Rabce - Zdroju i działania lecznicze.

ZOBOWIĄZANIE

W trakcie leczenia w Śląskim Centrum Rehabilitacyjno – Uzdrowiskowym w Rabce – Zdroju dziecko/podopieczny nie będzie korzystało z innych świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych przez NFZ w innej placówce

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



DOKUMENT ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA

ZGODY I ZOBOWIĄZANIA

Wydanie 4
z dnia 12.06.2024 r.

Numer dokumentu
ROD/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