

|                                                                                  |                                                                                                                                                                    |                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p align="center"><b>DOKUMENT ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA</b></p> <p align="center"><b>ZGODY I ZOBOWIĄZANIA</b><br/><b>(Fizjoterapia ambulatoryjna)</b></p> | <p align="center"><b>Wydanie 1</b><br/><b>z dnia 30.09.2025</b></p>          |
|                                                                                  |                                                                                                                                                                    | <p align="center"><b>Numer dokumentu</b><br/><b>PR CO 1/ Zał Nr FA1.</b></p> |
|                                                                                  |                                                                                                                                                                    | <p align="center">strona 1 z 2</p>                                           |

Imię i nazwisko .....

PESEL: .....

**Oświadczam , że wyrażam świadomą zgodę na przyjęcie i udzielenie świadczeń zdrowotnych w Śląskim Centrum Rehabilitacyjno-Uzdrowiskowym na zasadach określonych w Ustawie o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.**

**ZOBOWIĄZANIE**

W trakcie leczenia w Śląskim Centrum Rehabilitacyjno – Uzdrowiskowym w Rabce – Zdroju nie będę korzystał/a z innych świadczeń rehabilitacyjnych refundowanych przez NFZ w innych ośrodkach.

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

|                                                                                  |                                                                                                                                                                    |                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p align="center"><b>DOKUMENT ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA</b></p> <p align="center"><b>ZGODY I ZOBOWIAZANIA</b><br/><b>(Fizjoterapia ambulatoryjna)</b></p> | <p align="center"><b>Wydanie 1</b><br/><b>z dnia 30.09.2025</b></p>          |
|                                                                                  |                                                                                                                                                                    | <p align="center"><b>Numer dokumentu</b><br/><b>PR CO 1/ Zał Nr FA1.</b></p> |
|                                                                                  |                                                                                                                                                                    | <p align="center">strona 2 z 2</p>                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p align="center"><b>UPOWAŻNIENIE</b></p> <p>Ja niżej podpisany/a <input type="checkbox"/> upoważniam <input type="checkbox"/> nie upoważniam<br/>do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych:</p> <p>1. ....<br/>Imię i nazwisko osoby upoważnionej, telefon, adres miejsca zamieszkania</p> <p>2. ....<br/>Imię i nazwisko osoby upoważnionej, telefon, adres miejsca zamieszkania</p> <p>3. ....<br/>Imię i nazwisko osoby upoważnionej, telefon, adres miejsca zamieszkania</p> <p align="right">.....<br/>Data, podpis pacjenta/opiekuna prawnego</p>                                                                       |
| <p align="center"><b>UPOWAŻNIENIE</b></p> <p>Ja niżej podpisany/a <input type="checkbox"/> upoważniam <input type="checkbox"/> nie upoważniam<br/>do uzyskiwania dostępu do dokumentacji medycznej. Udostępnienie obejmuje prawo do wglądu, uzyskiwania wyciągów, odpisów lub kopii dokumentacji medycznej.</p> <p>1. ....<br/>Imię i nazwisko osoby upoważnionej, telefon, adres miejsca zamieszkania</p> <p>2. ....<br/>Imię i nazwisko osoby upoważnionej, telefon, adres miejsca zamieszkania</p> <p>3. ....<br/>Imię i nazwisko osoby upoważnionej, telefon, adres miejsca zamieszkania</p> <p align="right">.....<br/>Data, podpis pacjenta/opiekuna prawnego</p> |
| <p><b>Zostałem(łam) poinformowany(a) o możliwości zmiany wyżej wymienionych oświadczeń w każdej chwili.</b></p> <p align="right">.....<br/>Data, podpis pacjenta/opiekuna prawnego</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |