

	DOKUMENT ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA ZGODY I ZOBOWIAZANIA	Wydanie 1 z dnia 30.09.2025 r.
		Numer dokumentu PR CO 1/Zał. nr ULA1
		strona 1 z 2

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr. Ks. Gł.

Oświadczam, że wyrażam świadomą zgodę na przyjęcie i udzielenie świadczeń zdrowotnych w Śląskim Centrum Rehabilitacyjno – Uzdrowiskowym w Rabce - Zdroju 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 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 1 z dnia 30.09.2025 r.
		Numer dokumentu PR CO 1/Zał. nr ULA1
		strona 2 z 2

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 lubkopii 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