



**ŚLĄSKIE CENTRUM REHABILITACYJNO-UZDROWISKOWE**  
**im. dr. Adama Szebesty w Rabce-Zdroju Sp. z o.o.**

.....  
Pieczęć komórki organizacyjnej

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Nr. Ks. Gł. ....

**Wyrażam/nie wyrażam\* zgodę na przyjęcie mnie/mojego dziecka/podopiecznego\* do Śląskiego Centrum Rehabilitacyjno – Uzdrowiskowego.**

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

\*właściwe podkreślić

**OŚWIADCZENIE**

Zostałem/łam poinformowany/a o przysługujących prawach i obowiązkach pacjenta. Prawa pacjenta oraz Regulamin Porządkowy dostępne są do wglądu w dyżurkach pielęgniarskich w poszczególnych komórkach organizacyjnych Centrum.

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

**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

Wyrażam/ nie wyrażam zgody\* na umieszczenie moich danych osobowych w zakresie „imię i nazwisko” w miejscach wynikających z procesu udzielanych świadczeń zdrowotnych np. : identyfikator, rama łóżka, opis „kroplówki”, opis strzykawki z lekiem.

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

\*właściwie podkreślić

**Zostałem(tam) poinformowany(a) o możliwości zmiany wyżej wymienionych oświadczeń w każdej chwili.**

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

#### ZOBOWIĄZANIE

W przypadku wcześniejszego opuszczenia Centrum lub dyscyplinarnego wydalenia za nieprzestrzeganie Regulaminu Centrum oraz Szkoły sanatoryjnej\*\* zobowiązuję się do pokrycia w całości kosztów skierowania (niewykorzystanych osobodni).

Niniejszym potwierdzam, że zapoznałem się z cennikiem usług Centrum oraz zasadach odpłatności w przypadkach wskazanych powyżej.

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

\*dotyczy wyłącznie dzieci uczęszczających do szkoły

#### OŚWIADCZENIE

W trakcie leczenia w Śląskim Centrum Rehabilitacyjno – Uzdrowiskowym 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).

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

#### OŚWIADCZENIE

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, podpis pacjenta/opiekuna prawnego

#### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Informacją na temat przetwarzania danych osobowych w Śląski Centrum Rehabilitacyjno – Uzdrowiskowym w Rabce Zdroju oraz że zostałem/łam poinformowany/a o dostępności ww. informacji na stronie internetowej Centrum [www.scru.pl](http://www.scru.pl) oraz na tablicach informacyjnych we wszystkich obszarach udzielania świadczeń zdrowotnych.

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

### **DOTYCZY WYŁĄCZNIE DZIECI**

Proszę o udostępnienie posług religijnych - Msza Św. w niedzielę świętą oraz lekcji religii w szkole.

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

Wyrażam/nie wyrażam\* zgody na uczestnictwo mojego dziecka na udział w wycieczce pieszej i autokarowej (koszt ok. 40 zł) w czasie pobytu w Śląskim Centrum Rehabilitacyjno – Uzdrowiskowym.

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

\*właściwie podkreślić

Zostałam/em poinformowana/y, że personel Centrum nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy wartościowe przywiezione przez dziecko np. laptop, tablet, aparat fotograficzny, komórka.

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

Zobowiązuję się ponieść odpowiedzialność finansową za szkody wyrządzone przez moje dziecko.

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