

Gliwice, dnia.....

Oświadczenie o leczeniu

Ja niżej podpisana.....w związku z przyjęciem mnie do Ośrodka pod Wezwaniem Świętego Józefa w Gliwicach, przy ul. Zygmunta Starego 19, 44-100 Gliwice, przyjmuję do wiadomości, że Zakład nie bierze odpowiedzialności za moje leczenie w wypadku, gdy ja lub ktokolwiek inny przyprowadzi do mnie lekarza, lub inną osobę uprawnioną do leczenia nie zatrudnioną w Zakładzie, która zaaplikuje mi jakiegokolwiek inne leki niż leki przepisane przez lekarza zatrudnionego w Zakładzie. Zdaję sobie, zatem sprawę z faktu, iż w przypadku podjęcia przeze mnie leczenia nie konsultowanego z lekarzem zatrudnionym w Zakładzie, (z wyjątkiem konsultacji zleconych przez tegoż lekarza) Zakład będzie zwolniony ze wszelkiej odpowiedzialności wobec mnie i mojej rodziny.

Oświadczam również, iż zostałam poinformowana, że jedynymi osobami uprawnionymi do udzielania informacji dotyczących stanu mojego zdrowia i innych pensjonariuszek Zakładu jest jedynie personel medyczny oraz dyrektor Zakładu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych potrzebnych do opieki nad moją osobą w tutejszym Zakładzie (Opieka Długoterminowa).

Świadoma powyższej deklaracji, zobowiązuję się do jej przestrzegania, wobec czego dobrowolnie i ze zrozumieniem jej treści składam poniżej mój podpis.

.....
podpis

Gliwice,

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisana.....
legitymująca się dowodem osobistym pesel.....,
upoważniam:

1).....legitymującą/y się dowodem osobistym.....,
pesel.....

2).....legitymującą/y się dowodem osobistym.....,
pesel.....

do udzielania informacji o stanie mojego zdrowia, udostępnieniu dokumentacji medycznej (kserokopii) oraz wydaniu dokumentacji niezbędnej do zorganizowaniu pogrzebu.

.....
podpis