

Wpłynęło:
Ubezważnowolnienie:
Orzeczenie: Miejscowość, data
Przyjęcie:
Zgon/wypis:

DANE PACJENTA
informacje potrzebne do przyjęcia oraz podczas pobytu

Nazwisko i imię

PESEL

Data i miejsce urodzenia

Nazwisko rodowe

Stan cywilny

Adres zamieszkania:
(ulica, kod pocztowy, miejscowość)

Województwo:..... Gmina:..... Dzielnica:.....

Nr legitymacji emeryta /rencisty..... data wydania.....

Nr renty/emerytury – oddział ZUS

Zakład Opieki Zdrowotnej, w którym leczył się pacjent (POZ).....

.....

Nazwisko i adres rodziny, telefony kontaktowe:

.....

.....

.....

Istnieje możliwość pozostawienia dowodu osobistego, legitymacji emeryta/rencisty
ZUS/KRUS, karty NFZ w DEPOZYCIE OŚRODKA POD WEZWANIEM ŚWIĘTEGO JÓZEFA
Ośrodek nie bierze odpowiedzialności za zgubione dokumenty nie pozostawione w depozycie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych zgodnie z obowiązującymi przepisami (załącznik nr 1)	Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych zgodnie z obowiązującymi przepisami (załącznik nr 2)
podpis osoby z rodziny, której dane są podane	Podpis pacjenta