

Oświadczenie przy przyjęciu do Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki – Dział Przyjęć A

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL

Adres (stałego, tymczasowego pobytu*): kod pocztowy Miejscowość

Gmina Telefon kontaktowy.....

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Adres do korespondencji:.....

Dane opiekuna (dotyczy przyjęcia pacjenta małoletniego)

Imię i nazwisko opiekuna

PESEL St. pokrewieństwa

Rodzaj dowodu tożsamości seria nr

Adres zam.: kod pocztowy Miejscowość Gmina

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Telefon kontaktowy

Oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą

.....
czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/faktycznego

Oświadczam, że

☐ upoważniam

.....
(Imię i nazwisko, PESEL, nr telefonu osoby upoważnionej)

☐ nie upoważniam żadnej osoby*
do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia moim/mojego dziecka/mojego
podopiecznego*, oraz udzielonych mi/mu* świadczeniach zdrowotnych

.....
Data, podpis pacjenta powyżej 16 rż

.....
Data, podpis przedstawiciela ustawowego/
/ opiekuna prawnego

Oświadczam, że

☐ upoważniam

.....
(Imię i nazwisko, PESEL osoby upoważnionej)

☐ nie upoważniam żadnej osoby*
do udostępniania dokumentacji medycznej mojej/mojego dziecka/ mojego
podopiecznego*

.....
Data, podpis pacjenta powyżej 16 rż

.....
Data, podpis przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego

*niepotrzebne skreślić

☐ zakreślić właściwą odpowiedź X

Część II

Oświadczenie o zgodzie na leczenie szpitalne

Będąc przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym/opiekunem faktycznym/pacjentem* wyrażam zgodę na leczenie szpitalne dziecka/podopiecznego/moje* oraz czynności związane z opieką lekarską i pielęgnarską, wykonywanie badań diagnostycznych oraz stosowanie leków.

Zostałem(am) poinformowana(y) o celowości i konieczności leczenia szpitalnego.

Poinformowana(y) zostałam(em) również, że w przypadku przeprowadzenia specjalistycznych procedur diagnostyczno – leczniczych, zabiegów operacyjnych oraz procedur o podwyższonym ryzyku uzyskam dodatkowe informacje od Kierownika Kliniki i/lub Lekarza prowadzącego i zostaną mi przedłożone osobne formularze zgody.

- ☐ zostałem poinformowana/-y, iż Instytut CZMP jest jednostką uprawnioną do kształcenia studentów nauk medycznych oraz innego personelu medycznego, co oznaczać może obecność studentów medycyny i uczestników szkoleń medycznych w trakcie świadczeń medycznych wykonywanych u mnie /u mojego dziecka (art. 36 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty)

.....
Data, podpis pacjenta powyżej 16 rż

.....
Data, podpis przedstawiciela ustawowego
/ opiekuna prawnego

Oświadczenie o możliwości przetaczania krwi i jej składników

- ☐ Wyrażam zgodę na przetoczenie krwi i jej składników.
- ☐ Nie wyrażam zgody na przetoczenie krwi i jej składników nawet w przypadku stanu zagrożenia życia.

.....
Data, podpis pacjenta powyżej 16 rż

.....
Data, podpis przedstawiciela ustawowego
/ opiekuna prawnego

Oświadczam, iż zostałem poinformowana/y, że za skradzione lub zagubione pieniądze i rzeczy wartościowe niezłożone do depozytu, ICZMP nie odpowiada.

.....
Data, podpis pacjenta powyżej 16 rż

.....
Data, podpis przedstawiciela ustawowego
/opiekuna prawnego

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie imienia i nazwiska mojego/mojego dziecka* na opasce celem identyfikacji podczas wykonywania procedur medycznych.

.....
Data, podpis pacjenta powyżej 16 rż

.....
Data, podpis przedstawiciela ustawowego
/ opiekuna prawnego

Niniejszym wyrażam pełną, świadomą i dobrowolną zgodę/nie wyrażam zgody* na wykorzystanie moich / mojego małoletniego dziecka/ osoby pozostającej pod moją opieką prawną * wyników badań medycznych i / lub materiałów biologicznych uzyskanych w trakcie udzielania świadczeń medycznych, w tym również w zakresie przetwarzania moich / mojego małoletniego dziecka/ osoby pozostającej pod moją opieką prawną* danych osobowych, zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych, zwane RODO), na potrzeby przyszłych badań naukowych prowadzonych w Instytucie „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi.

.....
Data, podpis pacjenta powyżej 16 rż

.....
Data, podpis przedstawiciela ustawowego
/ opiekuna prawnego

* *niepotrzebne skreślić*

☐ *zakreślić właściwą odpowiedź* **X**

Niniejszym wyrażam pełną, świadomą i dobrowolną zgodę/nie wyrażam zgody* na otrzymanie korespondencji mailowej (mój adres e-mail:)
i/lub telefonicznie informacji o oferowanych w Instytucie „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi świadczeniach zdrowotnych.

.....
Data, podpis pacjenta powyżej 16 rż

.....
Data, podpis przedstawiciela ustawowego
/ opiekuna prawnego

.....
Podpis i pieczęć lekarza przyjmującego

Zebranie oświadczeń jest niemożliwe ze względu na:

- ☐ **brak przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego/faktycznego pacjenta przy przyjęciu.**
- ☐ **brak kontaktu słowno-logicznego z pacjentem**
- ☐ **pacjent/opiekun obcojęzyczny**

.....
Podpis i pieczęć lekarza przyjmującego

***** *niepotrzebne skreślić*

☐ *zakreślić właściwą odpowiedź* **X**