

UWAGA! DWIE STRONY

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL:.....

Imię i nazwisko Opiekuna Prawnego:

Karta zgody na objęcie opieką przez Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy z miejscami dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

Oświadczenie pacjenta lub opiekuna prawnego pacjenta

Ja, niżej podpisany/a/
oświadczam iż:

1. Wyrażam zgodę na objęcie opieką przez Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy z miejscami dla pacjentów wentylowanych mechanicznie.
2. Zostałem /am/ poinformowany o zasadach i zakresie udzielania świadczeń przez NZOZ SALUS+
3. Zostałem /am/ poinformowany w sposób zrozumiały o istocie choroby i powodach prowadzenia dalszej opieki, pielęgnacji leczenia.
4. Zobowiązuję się do przestrzegania ustalonych zasad, planu opieki i sposobu udzielania świadczeń przez zespół Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego z miejscami dla pacjentów wentylowanych mechanicznie.
5. Zobowiązuję się do postępowania zgodnie z zaleceniami personelu NZOZ SALUS+

Data.....

Podpis pacjenta/opiekuna prawnego.....

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż jest mi wiadome, iż administratorem moich danych osobowych jest SALUS+ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SALUS+ NZOZ SALUS+ ŚREM - ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY Z MIEJSCAMI DLA PACJENTÓW WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE, UL. CHEŁMOŃSKIEGO 1, 63-100 ŚREM, osobą kontaktową jest Katarzyna Paczesna nr tel. 794 100 945, dostępny pod adresem email: biuro@salus.kalisz.pl

Oświadczam, iż jest mi wiadome, że moje dane osobowe są przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z 27 kwietnia 2016 roku dalej RODO w celu świadczenia usług medycznych. Zostałem poinformowany, iż administrator nie udostępnia danych ani nie przekazuje danych do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej oraz że dane będą przechowywane w czasie niezbędnym do zrealizowania celu.

Zostałem poinformowany, że przysługuje mi prawo dostępu do swoich danych, ich poprawiania, sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przeniesienia oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego. Nie wyrażam zgody na to, by moje dane podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Oświadczam, iż jest mi wiadome, że podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wskazanego celu.

Data.....

Podpis pacjenta/opiekuna prawnego.....

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie.....