



Domowa Opieka Medyczna „Do-Med” Sp. z o.o.  
Trakt Lubelski 140/14/4, 04-790 Warszawa  
tel. 22 815 20 07; REGON 140616050  
NZOZ Domowa Opieka Medyczna „Do-Med”  
Radzice Duże 124, 26-340 Drzewica

.....  
miejscowość i data

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Adres zamieszkania: .....

PESEL pacjenta: .....

Telefon kontaktowy: .....

## ZGODA NA OBJĘCIE OPIEKĄ PACJENTA W RAMACH HOSPICJUM DOMOWEGO

Wyrażam zgodę na objęcie mnie/osoby, której jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem faktycznym\* opieką przez zespół **hospicjum domowego NZOZ Domowa Opieka Medyczna „Do-Med”**, dalej „Do-Med”.

**Oświadczam, że obecnie nie korzystam/ osoba, której jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem faktycznym nie korzysta\*** ze świadczeń innego hospicjum domowego ani ze świadczeń w ramach rehabilitacji medycznej (domowych lub ambulatoryjnych), zespołu długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, wentylowanych mechanicznie lub pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

Z chwilą rozpoczęcia udzielania świadczeń medycznych przez innego świadczeniodawcę realizującego wyżej wymienione świadczenia lub pobytu w szpitalu, zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o tym fakcie telefonicznie koordynatora hospicjum domowego pod numerem tel. .... lub osobiście innego członka zespołu hospicjum domowego Do-Med.

W przypadku niepoinformowania Do-Med o powyższym Do-Med może obciążyć pacjenta lub przedstawiciela ustawowego/ opiekuna faktycznego pacjenta kosztami wynikającymi z nierozliczonych świadczeń z NFZ spowodowanych nakładaniem się świadczeń.

Oświadczam, że zapoznałam(-em) się z informacjami dotyczącymi przetwarzania moich danych osobowych przez Domową Opiekę Medyczną „Do-Med” Sp. z o. o. oraz akceptuję warunki przetwarzania moich danych zgodnie z przepisami RODO, w szczególności w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, prowadzenia dokumentacji medycznej oraz innych czynności wskazanych w klauzuli informacyjnej dostępnej.

.....  
miejscowość i data

.....  
podpis pacjenta lub/i przedstawiciela ustawowego/faktycznego\*\*

\* niepotrzebne skreślić

\*\* W wypadku pacjenta niepełnoletniego lub ubezwłasnowolnionego albo niezdolnego do wyrażenia świadomej zgody, upoważnienie składa jego pełnomocnik ustawowy lub opiekun faktyczny. W wypadku niepełnoletniego, który ukończył 16 r. ż., lub ubezwłasnowolnionego, ale zdolnego do wyrażenia swego stosunku do leczenia, upoważnienie składają oba podmioty.