

**Dane pacjenta:**

imię i nazwisko

PESEL\*

telefon

adres mailowy

**Dane opiekuna prawnego lub faktycznego (jeśli wypełnia oświadczenie opiekun)**

imię i nazwisko

telefon

adres mailowy

**Zgoda na przyjęcie i pobyt w szpitalu/sanatorium** wyrażam zgodę nie wyrażam zgody\_\_\_\_\_  
Data i podpis**Zgoda na wstępne badania diagnostyczne i działania lecznicze** wyrażam zgodę nie wyrażam zgody\_\_\_\_\_  
Data i podpis**Zgoda na przestrzeganie Regulaminu Porządkowego** wyrażam zgodę nie wyrażam zgody\_\_\_\_\_  
Data i podpis**Zgoda w zakresie oznaczenia imieniem i nazwiskiem, nr Księgi Głównej opaski identyfikacyjnej pacjenta podczas pobytu w ZS-SRNR „Gwarek” (dotyczy pacjentów stacjonarnych)** wyrażam zgodę nie wyrażam zgody\_\_\_\_\_  
Data i podpis**Zgoda w zakresie oznaczenia imieniem i nazwiskiem, nr Księgi Głównej produktów leczniczych, wyrobów medycznych i innych środków podawanych podczas pobytu w ZS-SRNR „Gwarek” (dotyczy pacjentów stacjonarnych)** wyrażam zgodę nie wyrażam zgody\_\_\_\_\_  
Data i podpis**1. Do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach medycznych:** upoważniam (wypełnić poniżej) nie upoważniam nikogo\_\_\_\_\_  
imię i nazwisko osoby upoważnionej

telefon

adres mailowy

**Dane pacjenta:**

imię i nazwisko

PESEL\*

**2. Do uzyskania dokumentacji medycznej:**

upoważniam (wypełnić poniżej)

nie upoważniam nikogo

imię i nazwisko osoby upoważnionej

telefon

adres mailowy

**3. Do odbioru rzeczy osobistych i wartościowych z depozytu w przypadku mojej niedyspozycji**

upoważniam (wypełnić poniżej)

nie upoważniam nikogo

imię i nazwisko osoby upoważnionej

telefon

adres mailowy

\_\_\_\_\_  
Data i podpis

**4.** Zostałam/-em poinformowana/-y, że Klauzula Informacyjna (Fa/73/) dotycząca przetwarzania moich danych osobowych w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych, zarządzania udzielaniem tych usług oraz leczenia jest dostępna w Punkcie Informacyjnym, na tablicy Informacyjnej oraz stronie internetowej: [www.gwarek.info](http://www.gwarek.info).

Potwierdzam zapoznanie się z Klauzulą Informacyjną (Fa/73) .

\_\_\_\_\_  
Data i podpis

\* w przypadku braku nr PESEL należy podać numer i rodzaj innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.