

WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO „SĄDECKIEGO HOSPICJUM” STACJONARNEGO**33-300 NOWY SĄCZ, UL. NAWOJOWSKA 155 A****Tel. 531 900 575****I: Dane pacjenta:**

Imię i nazwisko :Pesel:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data i miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania:

II: Dane opiekuna:

Imię i nazwisko:Stopień pokrewieństwa.....

Telefon kontaktowy

Wyrażam zgodę na objęcie opieką w Sądeckim Hospicjum Stacjonarnym

(podpis chorego lub opiekuna)

III: Informacje o stanie zdrowia i dotychczasowym przebiegu choroby:

Rozpoznanie podstawowe – kwalifikujące Chorego do opieki hospicyjnej:

.....ICD 10

Pozostałe rozpoznania:

.....

Aktualne dolegliwości:

.....

Aktualnie stosowane środki przeciwbólowe (nazwy, dawki?)

.....

Leczenie przyczynowe zakończone:

TAK / NIE

Wymaga leczenia paliatywnego

TAK / NIE

*niepotrzebne skreślić

Pieczęć i podpis lekarza kierującego**Kwalifikowany będzie tylko dokładnie i czytelnie wypełniony wniosek wraz z załącznikami.****Wymagane załączniki do wniosku:**

- dowód osobisty i ubezpieczenia (emerytura, renta inne) do wglądu
- ksero kart informacyjnych z dotychczasowego leczenia;
- ksero wyniku badania histopatologicznego;
- Oświadczenie pacjenta (załącznik nr 1);
- Oświadczenie osoby bliskiej opiekującej się pacjentem (załącznik nr 2)

**OŚWIADCZENIE PACJENTA
LUB JEGO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO
ROZPOCZYNAJĄCEGO OPIEKĘ HOSPICYJNĄ**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:.....Pesel:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.	Upoważniam/nie upoważniam (niepotrzebne skreślić) do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych: (imię i nazwisko osoby upoważnionej oraz dane umożliwiające kontakt z tą osobą) Data: Podpis pacjenta
----	--

2.	Upoważniam/nie upoważniam (niepotrzebne skreślić) do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej: (imię i nazwisko osoby upoważnionej) Data: Podpis pacjenta
----	---

3.	Oświadczam, że jestem ubezpieczony przez (płatnik składek)..... Data: Podpis pacjenta
----	---

4.	Zostałem (-am) poinformowany (-a) o przysługującym mi prawie do informacji o stanie zdrowia, wyrażania zgody lub odmowy na określone świadczenia zdrowotne po uzyskaniu odpowiedniej informacji.
5.	Zostałem (-am) poinformowany (-a) o możliwości przekazania rzeczy wartościowych do depozytu hospicjum. Przyjąłem (-am) do wiadomości, że za rzeczy wartościowe nie przekazane do depozytu hospicjum nie ponosi odpowiedzialności.
6.	Wskazano mi możliwość zapoznania się z pozostałymi prawami pacjenta, które mi przysługują. Data: Podpis pacjenta

UWAGA: W przypadku gdy pacjent/przedstawiciel ustawowy odmawia złożenia oświadczeń j/w, na niniejszym formularzu należy uczynić odpowiednią adnotację i dołączyć go do historii choroby pacjenta.

OŚWIADCZENIE

Osoby bliskiej opiekującej się pacjentem

Ja niżej podpisana/y

Stopień pokrewieństwa

Telefon kontaktowy

Jestem świadoma/y nieuleczalności choroby mojej bliskiej osoby

Którą pragnę umieścić w hospicjum.

Zostałam/em poinformowana/y, że odstąpiono od diagnostyki i leczenia przyczynowego a dalsza opieka ma charakter leczenia objawowego a także o nie przedłużaniu życia za wszelką ceną (reanimacja, resuscytacja).

W przypadku zgonu chorego z rozpoznaną chorobą nowotworową proszę o odstąpienie od wykonania sekcji zwłok.

Po śmierci chorej/go zobowiązuję się zająć sprawami związanymi z pochówkiem.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis

Klauzula informacyjna dla pacjentów

Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Sądeckie Hospicjum” w Nowym Sączu z siedzibą 33-300 Nowy Sącz ul. Nawojowska 155A – dalej zwane „Hospicjum”

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust.2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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), informuję, że :

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Sądeckie Hospicjum” w Nowym Sączu ul. Nawojowska 155A, tel. 531 900 558.
2. Hospicjum wyznaczyło Inspektora Ochrony Danych Osobowych. Osobą kontaktową jest IOD. Wszelkie kwestie dotyczące danych osobowych należy kierować na e-mail : hospicjum@nowysacz.pl adres 33-300 Nowy Sącz ul. Nawojowska 155A , tel. 531 900 558.
3. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą :
 - na podstawie art. 23 i następne ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2017r. poz. 1318) oraz
 - w celu udokumentowania Pana/Pani stanu zdrowia oraz udzielonych Panu/Pani świadczeń zdrowotnych.
4. Odbiorcą Pana/Pani danych osobowych mogą być osoby i podmioty wskazane w art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach ustaw szczególnych.
W przypadku udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą :
 - na podstawie art. 2 oraz art. 49 i nast. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych a w przypadkach, o których mowa w art. 12 i nast. ww. ustawy – na podstawie wskazanych przepisów szczególnych oraz
 - w celu weryfikacji Pana/Pani uprawnień do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych a także w celach rozliczenia tych świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia lub innym podmiotem finansującym te świadczenia.
W przypadku, o którym mowa w pkt. 4 odbiorcą Pana/Pani danych osobowych będzie Narodowy Fundusz Zdrowia lub inny podmiot finansujący świadczenia opieki zdrowotnej.
5. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
6. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okresy, o których mowa w art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach ustaw szczególnych.
7. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetworzenia, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z zastrzeżeniem jednak zasad gromadzenia i przetwarzania danych w dokumentacji medycznej, o których mowa w rozdziale 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przepisach ustaw szczególnych.
8. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (dawniej GIODO) gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych Pana/Pani dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych gromadzonych w dokumentacji medycznej jest obowiązkowe.
10. Pana/Pani dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania tzn. żadne decyzje wywołujące wobec osoby skutki prawne lub w podobny sposób na nią istotnie wpływające nie będą oparte wyłącznie na automatycznym przetwarzaniu danych osobowych i nie wiążą się z taką automatycznie podejmowaną decyzją.

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA

Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych dla celów informacyjnych o stanie zdrowia pacjenta

(imię i nazwisko pacjenta, nr księgi głównej)

wykorzystywanych w Towarzystwie Przyjaciół Chorych „Sądeckie Hospicjum” w Nowym Sączu

1. Imię/imiona
2. Nazwisko
3. Telefon lub adres e-mailowy

Miejscowość, data

(podpis opiekuna)

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych dla celów medycznych wykorzystywanych w Towarzystwie Przyjaciół Chorych „Sądeckie Hospicjum” w Nowym Sączu

1. Imię/imiona
2. Nazwisko
3. Nazwisko rodowe
4. Data i miejsce urodzenia
5. Pesel
6. Adres zamieszkania
7. Rodzaj, nr i seria dokumentu tożsamości

Miejscowość, data

(Podpis pacjenta lub Jego opiekuna)