……………………………………………………………………….

Pieczęć jednostki kierującej **WNIOSEK** Data………………………………………

***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

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Pieczątka 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)

- Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych (załącznik nr 3)

 ………………………………………………………….

 Pieczęć Hospicjum Załącznik nr 1

**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.

 Załącznik nr 2

**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

 Załącznik Nr 3

**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. Stan cywilny ………………………………………………………………………………………………………………………….
5. Imiona i Nazwiska Rodziców ………………………………………………………………………………………………….
6. Data i miejsce urodzenia ……………………………………………………………………………………………………….
7. Pesel ……………………………………………………………………………………………………………………………………..
8. Wykształcenie ……………………………………………………………………………………………………………………….
9. Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………………………………………….
10. Rodzaj, nr i seria dokumentu tożsamości ……………………………………………………………………………….

Miejscowość, data …………………………………….. …………………………………………..

(Podpis pacjenta lub opiekuna)

**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.

1. 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.

1. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych gromadzonych w dokumentacji medycznej jest obowiązkowe.
6. 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.