|  |  |
| --- | --- |
| **Fundacja Hospicyjna w Gdańsku** | **ZGŁOSZENIE DO PORADNNI MEDYCYNY PALIATYWNEJ** |
| ***KLAUZULA INFORMACYJNA*** *Informujemy, że podanie danych pacjenta oraz danych osoby sprawującej opiekę nad pacjentem jest jednoznaczne z wyrażeniem zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Fundację Hospicyjną prowadzącą Hospicjum im. ks. E. Dutkiewicza w Gdańsku. Celem przetwarzania danych jest wpisanie w kolejkę osób oczekujących na świadczenie medyczne. Brak tej zgody uniemożliwia dalszą opiekę nad pacjentem.* **PRZEKAZANO USTNIE PRZED PRZYJĘCIEM ZGŁOSZENIA** ⃞ |
|  **Imię i nazwisko pacjenta:** |  |  **Nr Księgi Głównej:** |
|  **PESEL:** |  |  **Rozpoznanie:** |
|  **Miejsce urodzenia:** |  **Imiona rodziców:** |  |  **Stan cywilny:** |
|  **Adres pacjenta:** |  **Tel.** |
|  **Adres e-mail:** |  |
|  **Rodzaj i nr ubezpieczenia, nr świadczenia:** |
|  **Szpital:** |
|  **Opiekun:** |
|  **Adres opiekuna:** | **Tel.** |
|  **STAN CHOREGO:**................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |
| **Termin pierwszej porady:** | **Lekarz:** | **Uwagi:** |
|  |  |  |
|  **Wpis do kolejki: TAK NIE ** |
|  **Data przyjęcia zgłoszenia:** |  **Przyjmujący zgłoszenie:** |
|  **Załącznik nr 3 do IJ-07-001 / data wydania 17.07.2018** | **Strona: 1 z 1** |