|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | |