

.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
telefon kontaktowy

ZGODA PACJENTA DO OBJĘCIA OPIEKĄ PALIATYWNO-HOSPICYJNĄ

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez hospicjum stacjonarne:

Mościckie Centrum Medyczne sp. z o.o., ul. E. Kwiatkowskiego 15, 33-101 Tarnów

.....
(nazwa i adres zakładu opieki zdrowotnej)

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w

.....
Osoba (imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu) wskazana przez pacjenta do kontaktu z
hospicjum stacjonarnym:

.....
podpis pacjenta/ prawnego opiekuna/ kuratora