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:**