



Centrum Medyczno-Charytatywne im. Św. Józefa  
w Przemyślu

**Hospicjum Stacjonarne**

## **PROCEDURA PRZYGOTOWANIA DOKUMENTACJI PACJENÓW KIEROWANYCH DO HOSPICJUM**

**Warunkiem objęcia opieką paliatywną w Hospicjum jest dostarczenie następujących dokumentów:**

1. skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego z rozpoznaniem choroby:
  - C00– D48 Nowotwory
  - G09 Następstwa chorób zapalnych ośrodkowego układu nerwowego
  - B20– B24 Choroby wywołane przez wirus ludzki upośledzenia odporności (HIV)
  - G10– G13 Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy
  - I42– I43 Kardiomiopatie
  - J96 Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej
  - L89 Owrzodzenie odleżynowe
2. zgoda chorego na opiekę hospicyjną
3. posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego (przy przyjęciu wymagany jest dowód osobisty i legitymacja rencisty lub emeryta do wglądu).



Centrum Medyczno-Charytatywne im. Św. Józefa  
w Przemyślu  
**Hospicjum Stacjonarne**

(Pieczęćka podmiotu kierującego REGON)

\_\_\_\_\_  
(Miejscowość, data)

**SKIEROWANIE DO HOSPICJUM STACJONARNEGO**

Kieruję Pana/Panią \_\_\_\_\_

Pesel \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania \_\_\_\_\_

Telefon do kontaktu \_\_\_\_\_

Z rozpoznaniem \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Kod (ICD 10) \_\_\_\_\_ Skala ECOG (0-5) WHO \_\_\_\_\_

U pacjenta/pacjentki zakończono leczenie przyczynowe.

Proszę o objęcie leczeniem objawowym.

\_\_\_\_\_  
podpis i pieczęć lekarza



Centrum Medyczno-Charytatywne im. Św. Józefa  
w Przemyślu  
**Hospicjum Stacjonarne**

\_\_\_\_\_  
(miejsowość, data)

\_\_\_\_\_  
imię i nazwisko pacjenta

\_\_\_\_\_  
adres zamieszkania

\_\_\_\_\_  
PESEL

\_\_\_\_\_  
telefon kontaktowy

**ZGODA PACJENTA**

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez hospicjum stacjonarne w Centrum Medyczno-Charytatywnym im. Św. Józefa w Przemyślu przy ul. Juliusza Słowackiego 85, 37-700 Przemyśl

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w \_\_\_\_\_

Osoba (imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu) wskazana przez pacjenta do kontaktu z Centrum Medyczno-Charytatywnym im. Św. Józefa w Przemyślu

\_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

\_\_\_\_\_  
podpis pacjenta lub faktycznego opiekuna

\* - właściwe zakreślić



Centrum Medyczno-Charytatywne im. Św. Józefa  
w Przemyślu  
Hospicjum Stacjonarne

Polityka Ochrony Danych Osobowych

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Adres \_\_\_\_\_

Oświadczam, że zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (DE) 2016/679 z 27.04.2016 r. 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 RODO - Dz.U. UE L 119, s. 1) **wyrażam** zgodę na przetwarzanie przez **CENTRUM MEDYCZNO-CHARYTATYWNE im. św. Józefa w Przemyślu**, ul. Słowackiego 85, 37-700 Przemyśl, moich danych osobowych w celu i zakresie niezbędnym do:

| Cel przetwarzania  | TAK* | NIE* |
|--|------|------|
| Świadczenia usług medycznych   |      |      |
| kontakt telefoniczny, e-mail, pocztowy   |      |      |
| przechowywania danych do późniejszego wykorzystania w celu świadczenia dalszych usług medycznych |      |      |

\*wyrażenie zgody - zaznaczyć x przy wyborze TAK/NIE

Ks. Artur Janiec, jako administrator danych osobowych, informuje Pana/Panią, iż: podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne we wskazanych powyżej celach; posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania; informujemy, iż Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane innym odbiorcom danych jedynie w celach koniecznych do realizacji zadania i po uprzednim poinformowaniu Panią/Pana o tym fakcie; Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane;

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich (poza kraje Unii Europejskiej i EOG - Norwegia, Islandia, Lichtenstein);

kontakt do Inspektora Ochrony Pani/Pana danych [m.litwin@caritas.pl](mailto:m.litwin@caritas.pl) podane dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 pkt a) i zgodnie z treścią ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (RODO).;

dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wymienionych powyżej celów oraz wynikających z ich tytułu roszczeń; podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem świadczenia pomocy charytatywno-opiekuńczej i humanitarnej. Brak podania danych osobowych będzie skutkowało niemożnością udzielenia wsparcia;

ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r.

\_\_\_\_\_  
Miejscowość, data i podpis pacjenta lub faktycznego opiekuna



Centrum Medyczno-Charytatywne im. Św. Józefa  
w Przemyślu  
**Hospicjum Stacjonarne**

**OŚWIADCZENIE**

osoby bliskiej opiekującej się chorym

Ja niżej podpisana/y \_\_\_\_\_

Stopień pokrewieństwa \_\_\_\_\_ Seria i numer dowodu osobistego \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_

Jestem świadoma/y nieuleczalności choroby mojej bliskiej osoby \_\_\_\_\_,

seria i numer dowodu osobistego \_\_\_\_\_, imiona rodziców \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_, miejsce urodzenia \_\_\_\_\_, którą pragnę umieścić w hospicjum.

Zostałam/łem poinformowany, że odstąpiono od diagnostyki i leczenia przyczynowego, a dalsza opieka ma charakter leczenia objawowego, a także o nie przedłużaniu życia za wszelką cenę (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 opiekuna faktycznego