



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
 - G35 Stwardnienie rozsiane
 - 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

(Pieczętka 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

(miejscowość, 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 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