PROCEDURA PRZYGOTOWANIA DOKUMENTACJI PACJENÓW KIEROWANYCH DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO PSYCHIATRYCZNEGO

Warunkiem przyjęcia pacjenta do ZOL-u jest złożenie kompletu niezbędnych dokumentów:

1. Prośba o przyjęcie do ZOL-u Psychiatrycznego;
2. Wniosek o wydanie skierowania do ZOL;
3. Skierowanie do ZOL-u psychiatrycznego im. św. Józefa w Przemyślu;
4. Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie;
5. Zasady przyjęcia i pobytu w ZOL-u Psychiatrycznym;
6. Wniosek o wydanie skierowania do ZOL-u Psychiatrycznego;
7. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (RODO);
8. Zgoda na ponoszenie kosztów związanych z pobytem w ZOL;
9. Upoważnienie do odbioru depozytu;
10. Oświadczenie pacjenta do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia, dostępu do dokumentacji medycznej;
11. Upoważnienie do depozytu;
12. Aktualna decyzja organu emerytalno - rentowego o wysokości otrzymywanych świadczeń (kserokopia decyzji ZUS/KRUS/MOPR/MOPS/GOPS, ostatni odcinek emerytury/renty, inne zaświadczenia o dochodach);
13. Dowód osobisty i legitymacja ubezpieczenia zdrowotnego do wglądu;
14. Dokumentacja medyczna – karty informacyjne ze szpitala;
15. Postanowienie sądu (w uzasadnionych przypadkach): - o ubezwłasnowolnieniu - o ustanowieniu opiekuna prawnego - o zezwoleniu na umieszczenie podopiecznego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

Przeciwskazania do przyjęcia pacjenta:

- stany chorobowe wymagające całodobowej opieki lekarskiej lub hospitalizacji (nie prowadzimy całodobowych dyżurów lekarskich oraz nie diagnozujemy chorych - bazujemy na wcześniej postawionej diagnozie);
- terminalna faza choroby przewlekłej lub nowotworowej (opieka paliatywna);
- współistniejąca choroba zakaźna;
- uzależnienie od alkoholu lub środków psychoaktywnych.

Wskazania do przyjęcia pacjenta:

Do oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego psychiatrycznego i opiekuńczo-leczniczego psychiatrycznego mogą być kierowani pacjenci z rozpoznaniami wg ICD10:

- F00-F09 Zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi
- F20-F29 Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe)
- F30-F39 Zaburzenia nastroju (afektywne)
- F70-F79 Upośledzenie umysłowe

Centrum Medyczno- Charytatywne im. św. Józefa w Przemyślu ul. Słowackiego 85
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy Psychiatryczny

.....

.....
(oznaczenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą) (miejscowość, data)

SKIEROWANIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

Zakład Opiekuńczo – Leczniczy Psychiatryczny im. Św. Józefa w Przemyślu

.....
(nazwa i adres podmiotu leczniczego)

Po osobistym zbadaniu:

- za zgodą / bez zgody*,
- za zgodą / bez zgody* przedstawiciela ustawowego,

kieruję do szpitala psychiatrycznego Panią/Pana* .....
(imię i nazwisko)

zamieszkałą(-ego) w .....

.....
(adres zamieszkania)

1. Numer PESEL, w przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz data urodzenia .....
2. Osoba badana jest/nie jest ubezwłasnowolniona częściowo/całkowicie/brak danych*.
3. Osoba sprawująca opiekę faktyczną, jeżeli dotyczy: .....
(imię i nazwisko, adres)
4. Przedstawiciel ustawowy, jeżeli dotyczy: .....
(imię i nazwisko, adres)
5. Rozpoznanie: (KOD ICD10)

.....

.....

6. Inne informacje uzasadniające potrzebę przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, w tym dotyczące dotychczas stosowanego leczenia, jeżeli dotyczy:

.....

.....

.....

.....
(imię i nazwisko, specjalizacja, nr prawa wykonywania zawodu oraz podpis lekarza)

*) Odpowiednie zakreślić.

Centrum Medyczno- Charytatywne im. św. Józefa w Przemyślu ul. Słowackiego 85
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy Psychiatryczny

WYWIAD PIELĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. **Dane świadczeniobiorcy**

_____

Imię i nazwisko

_____

Adres zamieszkania

_____

Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

2. **Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji** (zaznaczyć właściwe, ewentualnie opisać):

a) odżywianie

– samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

□ karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik ……

□ karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem ……..

□ zakładanie zgłębnika ……..

□ inne niewymienione……

b) higiena ciała

– samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

□ w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie − toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheostomijnej …….....

□ inne niewymienione……

c) oddawanie moczu

– samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

□ cewnik

□ inne niewymienione…….

d) oddawanie stolca

– samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

□ pielęgnacja stomii ……..

□ wykonywanie lewatyw i irygacji ……...

□ inne niewymienione……...……....

e) przemieszczanie pacjenta

– samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

□ z zaawansowaną osteoporozą ……

□ którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności ……

□ inne niewymienione ……..

f) rany przewlekłe

□ odleżyny……

□ rany cukrzycowe ……...

□ inne niewymienione……...

g) oddychanie wspomagane ……

h) świadomość pacjenta: tak/nie/z przerwami* ……...…….....

i) inne ……..……

3. **Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel**** ……..

_____ _____

Miejscowość, data Podpis oraz pieczęć pielęgniarki

Centrum Medyczno- Charytatywne im. św. Józefa w Przemyślu ul. Słowackiego 85
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy Psychiatryczny

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/ nie wymaga* skierowania do zakładu opiekuńczo leczniczego/ zakładu pielęgnacyjno- opiekuńczego*.

_____ _____

Miejscowość, data Podpis oraz pieczęć lekarza

*Niepotrzebne skreślić ** W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 205, póz. 1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, póz. 419, z późn. zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel. *** W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: "nie ma zastosowania".

Centrum Medyczno- Charytatywne im. św. Józefa w Przemyślu ul. Słowackiego 85
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy Psychiatryczny

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

Kierownik Renata Wysocka, 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. l 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 skutkował 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, podpis

Centrum Medyczno- Charytatywne im. św. Józefa w Przemyślu ul. Słowackiego 85
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy Psychiatryczny

_____
Miejscowość, data, podpis

OŚWIADCZENIE

_____
Imię i nazwisko pacjenta

_____
Adres zamieszkania

_____
PESEL

_____
Telefon kontaktowy

ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na ponoszenie kosztów wyżywienia i zakwaterowania oraz potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie w wysokości 70 % mojego dochodu (świadczenia emerytalne, rentowe, zasiłek, renta socjalna*) oraz uiszczenie należnych opłat i dokonanie przelewu na konto: **Bank Pekao S.A O. Przemyśl numer: 89 1240 2568 1111 0010 7105 2073**

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w _____

_____
Podpis pacjenta lub opiekuna ustawowego

Podstawa prawna: Art. 18 ustawy z dn. 27.08.2004 0 świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

* właściwe podkreślić

Centrum Medyczno- Charytatywne im. św. Józefa w Przemyślu ul. Słowackiego 85
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy Psychiatryczny

UPOWAŻNIENIE PACJENTA

Imię i Nazwisko: _____ PESEL:_____

1. Upoważniam Pana/Panią _____

   (imię i nazwisko osoby upoważnionej)

   Adres zamieszkania _____

   Nr telefonu kontaktowego: _____

   Do odbioru depozytu oddziałowego.*

   Nie upoważniam nikogo do odbioru depozytu oddziałowego.*

2. Odwołuję wszystkie złożone przed dniem dzisiejszym upoważnienia.*

Przemyśl, dnia _____

podpis pacjenta

_____

podpis osoby upoważnionej przez pacjenta

*Niepotrzebne skreślić

Centrum Medyczno- Charytatywne im. św. Józefa w Przemyślu ul. Słowackiego 85
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy Psychiatryczny

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Imię i Nazwisko: _____PESEL: _____

1. Upoważniam Pana/Panią

(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

Do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.*

Nie upoważniam nikogo do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych*

2. Upoważniam Pana/Panią

(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

Do dostępu do mojej dokumentacji medycznej.*

Nie upoważniam nikogo do dostępu do mojej dokumentacji medyznej.*

3. Upoważniam Pana/Panią

(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

Do dostępu do mojej dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci.*

Nie upoważniam nikogo do dostępu do mojej dokumentacji medycznej w przypadku śmierci.*

Odwołuję wszystkie złożone przed dniem dzisiejszym upoważnienia.*

_____
podpis pacjenta

_____
podpis osoby upoważnionej przez pacjenta

*Niepotrzebne skreślić

Centrum Medyczno- Charytatywne im. św. Józefa w Przemyślu ul. Słowackiego 85
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy Psychiatryczny

Dane dodatkowe osoby ubiegającej się o przyjęcie

1. _____
(imię i nazwisko)

2. _____
(miejsce i data urodzenia dzień – miesiąc – rok)

3. _____
(dokładny adres zamieszkania)

4. _____
(PESEL)

5. _____
(seria i numer dowodu osobistego)

6. _____
(imiona rodziców)

7. _____
(numer legitymacji ubezpieczeniowej, legitymacji emeryta/rencisty, data wydania)

8. _____
(adres i telefon kontaktowy opiekuna, rodziny)

Oświadczam, że stosownie do treści art. 23 pkt. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz 833 z 1997r.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych również i w przyszłości, w związku z prowadzonym postępowaniem o umieszczenie w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym.

_____

Miejscowość, data i podpis pacjenta

Zasady przyjęcia i pobytu w Zakładzie Opiekuńczo- Leczniczym Centrum Medyczno- Charytatywnego Caritas w Przemyślu

Podstawa prawna:

- art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 ze zm.)
- art. 8 pkt 3-13 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz U.2004 Nr 64 poz 593 z późniejszymi zmianami)
- Ustawa z dnia 1 5 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654 z późniejszymi zmianami) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz.U. poz. 731)

-Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

1. Do Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego (ZOL) Centrum Medyczno-Charytatywnego w Przemyślu mogą zostać przyjęte osoby, które w klasyfikacji Skali Barthel mieszczą się w skali od 0 do 40 punktów.
2. Z wnioskiem o przyjęcie do ZOL może wystąpić pacjent/pacjentka lub jego/jej opiekun prawny.
3. W przypadku, gdy stan zdrowia osoby ubiegającej się o przyjęcie do ZOL nie pozwala na świadome podjęcie decyzji, a wnioskodawca nie posiada opiekuna prawnego, zgodę na umieszczenie w placówce może wyrazić Sąd Rejonowy, właściwy dla miejsca zamieszkania.
4. Termin przyjęcia wyznaczony jest w zależności od liczby wolnych miejsc, zgodnie z kolejką osób oczekujących.
5. Osoba ustanowiona przez pacjenta do kontaktu z ZOL zobowiązana jest do poinformowania Zakładu o rezygnacji z ubiegania się o przyjęcie pacjenta do ZOL, bez względu na powód rezygnacji. W przypadku rezygnacji z proponowanego terminu przyjęcia pacjent zostaje skreślony z listy osób oczekujących.
6. Decyzja o pobycie w ZOL wydawana jest na czas nieokreślony.
7. Jeśli w trakcie pobytu pacjent/ka przekroczy punktację Skali Barthel, okres jego/jej przebywania w ZOL zostaje skrócony do I miesiąca od daty przekroczenia.
8. Odpłatność za pobyt w ZOL zgodnie z ustawą (art. 34a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o Zakładach Opieki Zdrowotnej Dz. U. z 2007 nr 14, póz. 89 z późn. zm., oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach Dz. U. z 27.08.2004 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) wynosi; kwota odpowiadająca 250% najniższej emerytury, nie więcej jednak niż 70% dochodu pacjenta/pacjentki – Są to koszty zakwaterowania i wyżywienia. Wysokość odpłatności ustala się ponownie po każdorazowej zmianie wysokości dochodu pacjenta, który przebywa w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Pacjent jest zobowiązany zawiadomić zakład opiekuńczo-leczniczy o wszelkich zmianach dotyczących wysokości dochodu.
9. Koszty świadczeń zdrowotnych pokrywa Narodowy Fundusz Zdrowia.
10. W dniu przyjęcia pacjenta do Zakładu obowiązkowa jest obecność członka rodziny lub opiekuna ustawowego pacjenta z dowodem tożsamości.

11. Rodzina zobowiązana jest do wymiany bielizny prywatnej pacjenta.
12. Zakład nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy wartościowe pacjenta (biżuteria, pieniądze, protezy zębowe i aparaty słuchowe).
13. Zakład nie wyraża zgody na dodatkowe zabiegi, konsultacje oraz rehabilitację, która nie została zlecona przez lekarza prowadzącego.
14. Za ewentualne zniszczenia przez pacjenta przedmiotów, rzeczy będących własnością ZOL odpowiedzialność ponosi pacjent /rodzina.
15. Odwiedziny pacjenta odbywają się w godz. 11.00 - 20.00
16. Wyjście pacjenta na przepustkę możliwe jest za zgodą lekarza prowadzącego.
17. W przypadku wypisu pacjenta z Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego do domu lub innych placówek, należy złożyć ponownie dokumenty pacjenta do powtórnego przyjęcia do Zakładu.
18. Na terenie ZOL obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu oraz spożywania alkoholu pod groźbą natychmiastowego wypisu.
19. Ze względów epidemiologicznych lub z innych ważnych przyczyn może być okresowo wprowadzony zakaz odwiedzania pacjentów.
20. Odwiedzającym nie wolno:
    - zakłócać procesu pracy, przebywać w pomieszczeniach służb medycznych, gospodarczych i technicznych (gabinetach zabiegowych, kuchni, itp.).
21. Osoba odwiedzająca pacjenta jest zobowiązana zapoznać się z niniejszym regulaminem, zachowywać się w czasie pobytu w Zakładzie kulturalnie, podporządkować się poleceniom i wskazówkom personelu. Osoby, które nie stosują się do postanowień niniejszego regulaminu lub do wskazówek personelu, albo naruszają dobra osobiste pacjentów podlegają wydaleniu poza obręb zakładu oraz mogą być w ogóle pozbawione praw odwiedzania pacjentów.

Przyjąłem/am do wiadomości i stosowania powyższe zasady.

_____ _____

Miejscowość, data Podpis pacjenta lub opiekuna ustawowego

Centrum Medyczno- Charytatywne im. św. Józefa w Przemyślu ul. Słowackiego 85
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy Psychiatryczny

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo Leczniczego o profilu psychiatrycznym w Przemyślu.

Jednocześnie nadmieniam, że ze względu na stan zdrowia oraz niesprawność czynnościową, wymagam całodobowej opieki, której rodzina nie jest w stanie mi zapewnić.

Imię i nazwisko Pacjenta_____

PESEL_____

Adres (z kodem pocztowym)_____

_____

Imię i nazwisko opiekuna_____

Adres i telefon kontaktowy (opiekuna)_____

_____

_____

podpis pacjenta lub jego ustawowego opiekuna

Centrum Medyczno- Charytatywne im. św. Józefa w Przemyślu ul. Słowackiego 85
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy Psychiatryczny

WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

Imię i nazwisko _____

Adres zamieszkania _____

_____

_____

Numer PESEL, a w przypadku jego braku numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

_____

Miejscowość, data i podpis

Centrum Medyczno- Charytatywne im. św. Józefa w Przemyślu ul. Słowackiego 85
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy Psychiatryczny

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH OSOBY CZĘŚCIOWO LUB CAŁKOWICIE UBEZWŁASNOWOLNIONEJ

Imię i nazwisko …….. Adres ……..

Oświadczam, że zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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**, danych osobowych osoby częściowo lub całkowicie ubezwłasnowolnionej ……

w celu i zakresie niezbędnym do:

Cel przetwarzania	TAK*	NIE*
pomocy i świadczeń socjalnych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.		

*wyrażenie zgody - zaznaczyć x przy wyborze TAK/NIE

Wyrażam* także zgodę na przetwarzanie wizerunku osoby częściowo lub całkowicie ubezwłasnowolnionej w ramach organizowanych przez Centrum Medyczno- Charytatywne im. Św. Józefa w Przemyślu wydarzeń i publikowanie na stronach …….. w celu promowania działalności instytucji:

TAK ☐ NIE ☐

Centrum Medyczno- Charytatywne im. Św. Józefa w Przemyślu jako administrator danych osobowych, informują 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 nie będą przekazywane żadnym odbiorcom danych;
- 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 ……**
- 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 przyjęcia osoby częściowo lub całkowicie ubezwłasnowolnionej do Centrum Medyczno- Charytatywnego im. Św. Józefa w Przemyślu;
- 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.

data i podpis .....

Centrum Medyczno- Charytatywne im. św. Józefa w Przemyślu ul. Słowackiego 85
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy Psychiatryczny

OŚWIADCZENIE

…….
(imię i nazwisko opiekuna prawnego)

…….
(adres)

…….
(numer telefonu)

Działając jako opiekun prawny całkowicie ubezwłasnowolnionej / ubezwłasnowolnionego

…… PESEL…….

wyrażam zgodę na podejmowanie wszelkich czynności medycznych pozwalających na utrzymanie podopiecznego/podopiecznej w zdrowiu.

…….
(miejscowość, data)

…….
(podpis opiekuna prawnego)

*dotyczy pacjentów częściowo/całkowicie ubezwłasnowolnionych

Centrum Medyczno- Charytatywne im. św. Józefa w Przemyślu ul. Słowackiego 85
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy Psychiatryczny

ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU PACJENTA

Na podstawie Art. 6 ust. 1 pkt a i b (niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora) **wyrażam zgodę** na wykorzystanie wizerunku dla celów wynikających z rodzaju prowadzonej przez Administratora działalności.

.....
podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

.....
Miejscowość, data i podpis pacjenta lub faktycznego opiekuna

Centrum Medyczno- Charytatywne im. św. Józefa w Przemyślu ul. Słowackiego 85
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy Psychiatryczny

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że dokumenty osobiste pacjenta ……

Imię i nazwisko pacjenta

tj. :……

pozostają w posiadaniu

……..

Imię i nazwisko

Telefon kontaktowy: ……

……

Podpis osoby posiadającej dowód

Centrum Medyczno- Charytatywne im. św. Józefa w Przemyślu ul. Słowackiego 85
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy Psychiatryczny

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA

_____
Imię i nazwisko opiekuna

_____
Adres zamieszkania

_____
Pesel

_____
Telefon kontaktowy

Wyrażam zgodę na uregulowanie należnych opłat związanych z kosztami wyżywienia i zakwaterowania pacjenta:

_____

(Imię i nazwisko pacjenta)

jakie zostaną naliczone do czasu pierwszej wpłaty od organu emerytalno-rentowego i dokonanie przelewu na konto:

Bank Pekao S.A O. Przemyśl numer: 89 1240 2568 1111 0010 7105 2073.

_____
Data i podpis opiekuna

Podstawa prawna: Art. 18 ustawy z dn. 27.08.2004 0 świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

* właściwe podkreślić