



Centrum Medyczo-Charytatywne im. Św. Józefa  
w Przemyślu

**Hospicjum Stacjonarne**

**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).
4. Rodo opiekuna, rodziny.
5. Oświadczenie, kto posiada dowód osobisty pacjenta.



Centrum Medyczo-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  
Przemysłu  
**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 Przemysłu**, ul. Słowackiego 85, 37-700 Przemysł, 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. 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.

.....  
Podpis pacjenta



Centrum Medyczo-Charytatywne im. Św. Józefa w  
Przemyślu

**Hospicjum Stacjonarne**

**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 mojego wizerunku dla celów wynikających z rodzaju prowadzonej przez Administratora działalności.

.....  
podpis pacjenta

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



Centrum Medyczo-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



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

Przemyśl, dnia.....

## 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

## Hospicjum Stacjonarne

### 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 medycznej.\***

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 Medyczo-Charytatywne im. Św. Józefa w  
Przemyślu  
Hospicjum Stacjonarne**

**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 Medyczo- Charytatywne im. Św. Józefa w Przemyślu**, danych osobowych osoby częściowo lub całkowicie ubezwłasnowolnionej  
..... w celu i zakresie niezbędnym do:

Cel przetwarzania	TAK*	NIE*
<b>pomocy i świadczeń socjalnych</b> - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

TAK

NIE

**Centrum Medyczo- Charytatywne im. Św. Józefa w Przemyślu** jako administrator danych osobowych, informuję 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 Medyczo- 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 Przemysłu

## Hospicjum Stacjonarne

### ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

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 , 37-700 Przemysłu ul. Juliusza Słowackiego 85,** moich danych osobowych w celu i zakresie niezbędnym do:

Cel przetwarzania	TAK*	NIE*
<b>świadczenia pomocy charytatywno-opiekuńczej osoby bliskiej</b>		
<b>pomocy i świadczeń socjalnych</b> - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.		
<b>Kontakt telefoniczny, e-mail, pocztowy</b>		
<b>przechowywania danych do późniejszego wykorzystania w celu świadczenia dalszej pomocy charytatywno-opiekuńczej</b>		

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

**Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody\*** na przetwarzanie mojego wizerunku w ramach działalności **Centrum Medyczno- Charytatywnego im. św. Józefa , 37-700 Przemysłu, ul. Juliusza Słowackiego 85** w celu realizacji zadań statutowych oraz promowania instytucji, w szczególności na:

- przetwarzanie mojego wizerunku w mediach elektronicznych, na stronach internetowych należących do **Centrum Medyczno- Charytatywnego im. Św. Józefa , 37-700 Przemysłu, ul. Juliusza Słowackiego 85**
- na przetwarzanie mojego wizerunku w lokalnej prasie i telewizji;

.....  
data i podpis

**Kierownik Renata Wysocka**, jako administrator danych osobowych, informuję 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.

.....  
data i podpis