

Bydgoszcz, dnia

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

Adres zameldowania

PESEL

Rodzaj/data wydania dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie

Nurem dokumentu ubezpieczeniowego

Telefon kontaktowy

Z G O D A P A C J E N T A

Wyrażam zgodę na objęcie opieką przez Pielęgniarkę, pielęgniarskiej opieki długoterminowej,

Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „ALMACH” Bogusława Hirt-Nowak ul. Glinki 146, 85-861
Bydgoszcz,

oraz udzielanie informacji o moim stanie zdrowia, udostępnienie dokumentacji medycznej oraz jej wydanie
po okresie archiwizacyjnym osobom:

.....
.....
.....
.....
.....

imię, nazwisko, adres, telefon

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

.....
podpis pacjenta lub opiekuna
ustawowego