Imię i nazwisko: …….

PESEL: ……. *Nr. Ks. Gł. …….*

Oświadczam, że wyrażam/nie wyrażam* świadomą zgodę na przyjęcie i pobyt w Śląskim Centrum Rehabilitacyjno - Uzdrowiskowym, badania diagnostyczne i działania lecznicze.

* niewłaściwe skreślić

ZOBOWIĄZANIE

W przypadku wcześniejszego opuszczenia Centrum lub dyscyplinarnego wydalenia za nieprzestrzeganie Regulaminu Oddziału „B" Śląskiego Centrum Rehabilitacyjno - Uzdrowiskowego lub Szkoły Sanatoryjnej zobowiązuję się do pokrycia w całości kosztów skierowania (niewykorzystanych osobodni).
Niniejszym potwierdzam, że zapoznałem się z cennikiem usług Śląskiego Centrum Rehabilitacyjno - Uzdrowiskowego oraz zasadami odpłatności w przypadkach wskazanych powyżej.

***dotyczy wyłącznie dzieci**

ZOBOWIĄZANIE

W trakcie leczenia w Śląskim Centrum Rehabilitacyjno – Uzdrowiskowym w Rabce – Zdroju, dziecko nie będzie korzystać z innych świadczeń medycznych (nie dotyczy świadczeń wykonywanych na zlecenie lekarzy Śląskiego Centrum Rehabilitacyjno - Uzdrowiskowego w trakcie hospitalizacji i stanowiących całość procesu leczenia).

ZOBOWIĄZANIE

Podczas hospitalizacji nie będę stosował(a) substancji takich jak: suplementy diety, zioła i wyciągi roślinne, narkotyki, dopalacze, używki, czy sok grejpfrutowy w celu uniknięcia niekorzystnych interakcji pomiędzy podawanymi mi lekami, a tymi środkami.

ZOBOWIĄZANIE*

Zobowiązuję się do przekazywania telefonu komórkowego mojego dziecka do pomieszczenia zamkniętego w godz. od 19.00 do 8.50, zgodnie z obowiązującym Regulaminem Oddziału B. W tych godzinach kontakt z dzieckiem będzie możliwy pod nr telefonu 18 26 76 300 wew. 402 lub 606 700 322.

***dotyczy wyłącznie dzieci**

ZOBOWIĄZANIE

W przypadku zaistnienia konieczności wyrażenia świadomej zgody na badania diagnostyczne (stwarzające podwyższone ryzyko dla pacjenta) i leczenie szpitalne (w tym np. na zabieg operacyjny) w placówkach medycznych innych niż Śląskie Centrum Rehabilitacyjno - Uzdrowiskowe, zobowiązuję się do pozostawania w stałym kontakcie z SCRU.

Przyjmuję do wiadomości, że w stosunku do osób małoletnich, całkowicie ubezwłasnowolnionych lub niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody – w przypadku braku przedstawiciela ustawowego lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe – zgodę na przeprowadzenie badania: fizykalne, labolatoryjne,diagnostyczne mogą wyrazić także pracownicy Śląskiego Centrum Rehabilitacyjno - Uzdrowiskowego, jako opiekunowie faktyczni.*

* Podstawa prawna: art. 32 ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996 r., art. 17 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r., art. 23 ust. 1 ustawy o medycynie laboratoryjnej z dnia 15 września 2022 r.

……

Data, czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

Imię i nazwisko: …….

PESEL: ……. *Nr. Ks. Gł. …….*

UPOWAŻNIENIA

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany/a □ upoważniam □ nie upoważniam
do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych:

1. ……
Imię i nazwisko osoby upoważnionej, telefon, adres miejsca zamieszkania

2. ……
Imię i nazwisko osoby upoważnionej, telefon, adres miejsca zamieszkania

3. ……
Imię i nazwisko osoby upoważnionej, telefon, adres miejsca zamieszkania

……
Data, podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany/a □ upoważniam □ nie upoważniam
do uzyskiwania dostępu do dokumentacji medycznej. Udostępnienie obejmuje prawo do wglądu, uzyskiwania wyciągów, odpisów lubkopii dokumentacji medycznej.

1. ……
Imię i nazwisko osoby upoważnionej, telefon, adres miejsca zamieszkania

2. ……
Imię i nazwisko osoby upoważnionej, telefon, adres miejsca zamieszkania

3. ……
Imię i nazwisko osoby upoważnionej, telefon, adres miejsca zamieszkania

……
Data, podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

Zostałem(łam) poinformowany(a) o możliwości zmiany wyżej wymienionych oświadczeń w każdej chwili.

……
Data, podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

Zostałem(łam) poinformowany(a) o możliwości zmiany wyżej wymienionych oświadczeń w każdej chwili.

……
Data, podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego