

KONTAKT W SPRAWIE PRZYJĘCIA

.....
imię i nazwisko

.....
imię i nazwisko

.....
adres

.....
adres

.....
telefon

**Szpital Powiatowy w Pyrzycach
Zakład Opiekuńczo-Leczniczy
ul. Jana Pawła II 2
74-200 Pyrzyce**

WNIOSEK

o przyjęcie do zakładu

Zwracam się o przyjęcie

zamieszkały/a.....

PESEL

do Zakładu Opiekuńczo- Leczniczego w Pyrzycach na okres

.....
czytelny podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu
lub jej ustawowego opiekuna

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO W PYRZYCACH**

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

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 właściwie, 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 tracheotomijnej

.....

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

- samodzielny / przy pomocy/ utrudnienia*

- 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

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, poz. 1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. nr 52, poz. 419, z póź. zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.

*** W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: „nie ma zastosowania”

.....
Pieczęćka jednostki

SKIEROWANIE

DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO / ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO*

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....
Numer telefonu do kontaktu

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

.....
Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

.....
Dotychczasowe leczenie

Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia (tak / nie *)

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca **

Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia (tak / nie) *

.....
Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię i nazwisko, nr telefonu do kontaktu)

.....
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię i nazwisko, nr telefonu do kontaktu) ***

- do zakładu opiekuńczo-leczniczego / zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego*

.....
Miejscowość, data

.....
podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć
podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz
ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie

* Niepotrzebne skreślić.

** Jeżeli jest wymagana.

*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy

.....
Pieczęć jednostki

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/ PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM¹⁾**

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel²⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....

Adres zamieszkania.....

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

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

| L.p. | Czynność ³⁾ | Wynik ⁴⁾ |
|-------------|--|----------------------------|
| 1 | Spożywanie posiłków: 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 - samodzielny, niezależny | |
| 2 | Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie: 0 - nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 - większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 - samodzielny | |
| 3 | Utrzymywanie higieny osobistej: 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami) | |
| 4 | Korzystanie z toalety (WC) 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się | |
| 5 | Mycie, kąpiel całego ciała: 0 - zależny 5 - niezależny lub pod prysznicem | |
| 6 | Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0 - nie porusza się lub < 50 m 5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10 - spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m | |
| 7 | Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0 - nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 - samodzielny | |
| 8 | Ubieranie się i rozbieranie: 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp. | |
| 9 | Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu: 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje stolec | |
| 10 | Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego: 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje mocz | |
| | Wyniki kwalifikacji⁵⁾ | |

.....
data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga¹⁾ skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym¹⁾

.....
data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
lub lekarza zakładu opiekuńczego

¹⁾ Niepotrzebne skreślić.

²⁾ Mahoney FI, Barthel D. "Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel".
Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą.
Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

³⁾ W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.

⁴⁾ Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

⁵⁾ Należy wpisać uzyskaną sumę punktów.

SKALA GLASGOW

Imię i nazwisko pacjenta:

Adres zamieszkania

PESEL:

Ocenie podlega:

| OTWIERANIE OCZU* | | | | Zaznacz ✓ |
|--|---|--|--|--------------------------------|
| 4 punkty | spontaniczne | | | |
| 3 punkty | na polecenie | | | |
| 2 punkty | na bodźce bólowe | | | |
| 1 punkt | nie otwiera oczu | | | |
| KONTAKT SŁOWNY* | | | | |
| 5 punktów | odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby | | | |
| 4 punkty | odpowiedź splątana, pacjent zdeorientowany | | | |
| 3 punkty | odpowiedź nieadekwatna, nie ma lub krzyk | | | |
| 2 punkty | niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie | | | |
| 1 punkt | bez reakcji | | | |
| REAKCJA RUCHOWA* | | | | |
| 6 punktów | spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych | | | |
| 5 punktów | ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bólowy | | | |
| 4 punkty | reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego | | | |
| 3 punkty | patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie (przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych) | | | |
| 2 punkty | patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdzenie (odwiedzenie i obrót ramion do wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy) | | | |
| 1 punkt | bez reakcji | | | |
| SUMA PUNKTÓW | | | | Zaburzenia przytomności |
| GCS: / 15 * /4 * /5 * /6 | | | | GCS 13-15 - łagodne |
| | | | | GCS 9-12 - umiarkowane |
| | | | | GCS 6-8-brak przytomności |
| | | | | GCS 5 – odkorowanie |
| | | | | GCS 4 – odmóżdzenie |
| | | | | GCS 3 – śmierć mózgowa |

Uwzględnia się najlepszą uzyskaną odpowiedź w każdej kategorii. Łącznie można uzyskać od 3 do 15 punktów, ale należy zaznaczyć z jakich składowych powstał wynik (np. GCS 12: 3/4 + 4/5 + 5/6).

Skala Glasgow może być stosowana u dzieci, które już dobrze mówią, tj. od 4 roku życia

Pacjent zakwalifikowany do żywienia dojelitowego.

.....
podpis, pieczętka pielęgniarki

.....
podpis, pieczętka lekarza

KARTA KWALIFIKACJI DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO LUB DOJELITOWEGO

Pacjent:

Imię, nazwisko.....

PESEL

nr historii choroby.....

1. Ocena stanu odżywienia: SGA lub NRS 2002 (załączyć kartę oceny):

BMI =

% utraty masy ciała (w ostatnich 6 miesiącach):

stężenie białka we krwi.....g/l

stężenie albumin we krwi.....g/l

2. Wskazania do leczenia żywieniowego:

przewidywany okres głodzenia okołoperacyjnego:dni

wskazania do leczenia żywieniowego:

- okres okołoperacyjny u noworodków i niemowląt
- wyniszczenie i niedożywienie u niemowląt i dzieci
- wyniszczenie (BMI<17 lub klasa C wg skali SGA) bez możliwości odżywiania doustnego
- niedożywienie (BMI 17-18 lub klasa B+D wg skali SGA) bez możliwości odżywiania doustnego > 7 dni
- BMI ≥ 18 lub klasa A lub B wg skali SGA bez możliwości odżywiania doustnego >10 dni
- zwiększony katabolizm
- powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego
- reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji
- niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła
- inne

3. Cel leczenia żywieniowego:

- utrzymanie stanu odżywienia
- poprawa stanu odżywienia
- leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań

4. Droga podawania

skuteczne żywienie doustne: możliwe

tak

nie

skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego: możliwe

tak

nie

5. Dostęp:

zgłębnik: osowo –żołądkowy nowo- dwunastniczy noswo- jelitowy

przeszłokarna endoskopowa gastrostomia (PEG) garostomia jejustomia

inna przetoka żyła centralna helizacja cenik permanentny port

żyły obwodowe

typ cewnika; zgłębnika lub PEG:

6. Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia (re-feeding syndrome):

nie ma małe duże

7. Wynik leczenia: dobry zły

8. Posiew krwi

w przypadku żywienia drogą żyły głównej górnej: załączyć wynik posiewu krwi aspirowanej

z cewnika i

końca cewnika:

wynik obecny brak

.....
podpis i pieczęć lekarza leczącego

.....
podpis i pieczęć członka zespołu żywienia

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

**OCENA RYZYKA ZWIĄZANEGO ZE STANEM ODŻYWIANIA
(NUTRITIONAL RISK SCORE, NRS)**

Pacjent:

Nazwisko i imię PESEL.....Nr historii choroby.....

| Pogorszenie stanu odżywiania | | Nasilenie choroby(zwiększone zapotrzebowanie) | |
|---|---|---|--|
| Lekkie = 1 | Utrata masy ciała > 5% w ciągu 3 miesięcy lub spożycie pokarmu 50–75% w ostatnim tygodniu | Lekkie = 1 | Np. złamanie uda, choroby przewlekłe (zwłaszcza powikłane) – marskość wątroby, POChP, radioterapia |
| Średnie = 2 | Utrata masy ciała > 5% w ciągu 2 miesięcy lub BMI 18,5 – 20,5 + zły stan ogólny lub spożycie pokarmu 25–50% potrzeb w ostatnim tygodniu | Średnie = 2 | rozległe operacje brzuszne, udar mózgu, chorzy w wieku podeszłym– leczenie przewlekłe, pooperacyjna niewydolność nerek, chemoterapia |
| Ciężkie = 3 | Utrata masy ciała > 5% w ciągu 1 miesiąca lub BMI < 18,5 + zły stan ogólny lub spożycie pokarmu 0–25% potrzeb w ostatnim tygodniu | Ciężkie = 3 | uraz głowy, przeszczep szpiku, chory w oddziale intensywnej terapii |
| Nasilenie: | | Nasilenie | Suma punktów |
| Wynik: ≥ 3 – wskazane leczenie żywieniowe < 3 – rozważ postępowanie zachowawcze, powtórz badanie za tydzień | | | |

.....
Podpis i pieczęć lekarza leczącego

.....
podpis i pieczęć członka zespołu żywienia

.....
miejsowość, data

OŚWIADCZENIE O PŁATNOŚCI

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

Oświadczam, że zobowiązuję się do uiszczania na rachunek bankowy Szpitala Powiatowego w Pyrzycach nr **19 2030 0045 1110 0000 0222 2130** (BGŻ o/ Pyrzyce) opłaty za zakwaterowanie i wyżywienie za okres mojego pobytu w Zakładzie Opiekuńczo - Lecznicznym w Pyrzycach, naliczanej zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na:

- 1.*potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie z otrzymanej emerytury / renty przyznanej przez
nr świadczenia.....
- 2.*odbiór przyznanego zasiłku stałego wyrównawczego lub renty socjalnej przez Szpital Powiatowy w Pyrzycach w Pyrzycach.
- 3.* Dokonywania opłat za pobyt w ZOL do dnia otrzymania przez Szpital pierwszej wpłaty dokonanej przez organ emerytalno - rentowy.

Ponadto

- a) zobowiązuję się do uiszczania opłat za pobyt w zakładzie do ostatniego dnia roboczego każdego miesiąca za dany miesiąc (tj.: np.: należy zapłacić za miesiąc wrzesień do końca września),
- b) **pierwszej wpłaty za pobyt zobowiązuję się dokonać w dniu przyjęcia do zakładu.**

.....
czytelny podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu
lub jej ustawowego opiekuna

*) niepotrzebne skreślić

.....
miejsowość, data

OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA

.....
imię i nazwisko osoby odbierającej

.....
adres zamieszkania

Niniejszym zobowiązuje się do zapewnienia opieki dla:

.....
imię i nazwisko pacjenta

po zakończonym pobycie w Zakładzie Opiekuńczo- Leczniczym w Pyrzycach.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że okres pobytu pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym w Pyrzycach jest uzależniony od uzyskanej przez pacjenta punktacji podczas oceny według skali Barthel oraz o tym, że jeżeli punktacja ta przekroczy 40 punktów pobyt pacjenta przestaje być finansowany przez ZOW NFZ w Szczecinie, a pacjent zostaje wypisany z ZOŁ Pyrzyce.

.....
czytelny podpis

.....
miejsowość, data

.....
imię i nazwisko

.....
adres
.....

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisana/podpisany* oświadczam, iż:

1. zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Pyrzycach o wszelkich zaistniałych zmianach w sytuacji życiowej osoby starającej się o skierowanie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Pyrzycach, szczególnie o pobycie w innym zakładzie opieki zdrowotnej, ośrodka pomocy społecznej, rezygnacji z umieszczenia w ZOL-u, ewentualnie prośbie o umieszczeniu w zakładzie w terminie późniejszym, czy też zgonie.
2. zostałam/zostałem* poinformowana / poinformowany* o utracie prawa do dodatku pielęgnacyjnego w związku z przebywaniem w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym zgodnie z art. 75 ust. 4 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t.j. Dz. U. z 2004 r. Nr 162, poz. 1118 z późn. zm.) „Osobie uprawnionej do emerytury lub renty przebywającej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dodatek pielęgnacyjny nie przysługuje (...)”.

Zobowiązuję się do poinformowania o tym fakcie organ emerytalno-rentowy.

.....
czytelny podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu
lub jej ustawowego opiekuna

*niepotrzebne skreślić

.....
miejsowość, data

.....
nazwisko i imię

.....
adres
.....

O Ś W I A D C Z E N I E

Upoważniam do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych, oraz do otrzymania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci:

Imię i nazwisko.....

Adres wraz z kodem pocztowym.....
.....

Numer telefonu:.....

nie upoważniam nikogo do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci*.

.....
czytelny podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do
zakładu lub jej ustawowego opiekuna

*niepotrzebne skreślić

.....
miejsowość, data

.....
nazwisko i imię

.....
adres
.....

O Ś W I A D C Z E N I E

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych przez Szpital Powiatowy w Pyrzycach a dotyczących pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy w Pyrzycach.

.....
podpis pacjenta

.....
miejsowość, data

.....
Imię i nazwisko osoby wpłacającej

.....
adres

.....
nr dowodu osobistego

.....
PESEL

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, iż zobowiązuję się do odbierania świadczenia

Pana/i
imię i nazwisko pacjenta

oraz zobowiązuję się do pokrywania kosztów pobytu w zakładzie naliczanych zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych **do ostatniego dnia roboczego każdego miesiąca za dany miesiąc** (tj.: np.: należy zapłacić za miesiąc wrzesień do końca września). Jednocześnie informuję, że jestem upoważniony do odbioru nadwyżki wynikającej z rozliczeń finansowych dotyczących przebywania w/w osoby w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy.

.....
czytelny podpis

.....
miejsowość, data

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że moim lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest:

.....
Nazwa i adres przychodni.....
.....

Pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej jest:

.....
Nazwa i adres.....
.....

.....
podpis osoby ubiegającej się przyjęcie do zakładu

Załączniki do wniosku:

1. Dokument stwierdzający wysokość dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu (aktualna decyzja ZUS/KRUS/MOPS/MOPR).
2. Ksero legitymacji emeryt/rencista.
3. Dokumentację medyczną pacjenta (wypis ze szpitala, informacje o przebytych chorobach, itp.)
4. Przed przyjęciem do Zakładu należy wykonać i dostarczyć badania nie starsze niż 30 dni. tj.: morfologia, CRP, mocznik, kreatynina, jonogram.

Proszę pamiętać, żeby wszędzie były podpisy, pieczętki i daty.

Pyrzyce dnia

OŚWIADCZENIE
o wyrażeniu zgody na publikację wizerunku

Ja, niżej podpisany, jako Pacjent Zakładu Opiekuńczo Leczniczego Szpitala Powiatowego w Pyrzycach, wyrażam zgodę na nieograniczone czasowo udostępnienie mojego wizerunku, w postaci zdjęcia, w celu umieszczenia go na stronie internetowej ,oraz w Mediach Społecznościowych Szpitala Powiatowego w Pyrzycach <http://szpital.pyrzyce.net.pl>.

Zgoda obejmuje rozpowszechnianie wizerunku na terytorium RP i poza terytorium RP przez SZPITAL POWIATOWY W PYRZYCACH, zgodnie Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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) działającemu poza terytorium RP.

.....
podpis pacjenta