

Miejscowość.....

Data.....

Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej
(POZ, Szpitala)

SKIEROWANIE

Kieruję Pana/Panią.....

PESEL..... do Hospicjum Stacjonarnego

„Kaśmin” Dom Seniora Sp. z o.o. Drożdżówka 5a, 05-332 Siennica

Rozpoznanie

.....

ICD10

.....

Pieczątka i podpis lekarza kierującego

ORZECZENIE LEKARSKIE dla pacjenta kierowanego do hospicjum

Przeciwwskazaniem do umieszczenia w hospicjum są: choroby zakaźne, narkomania, choroby psychiczne powodujące zagrożenie dla zdrowia i życia osoby ubiegającej się o umieszczenie w hospicjum lub osób z jej otoczenia.

I. Imię i nazwisko
Seria i numer dowodu osobistegodata ważności:.....
Data i miejsce urodzenia
Dokładny adres
Telefon kontaktowy
PESEL

II. Aktualne rozpoznanie lekarskie i kod jednostki chorobowej wg ICD-10
.....
.....
.....

III. Weryfikacja histopatologiczna
.....

IV. Dotychczasowe leczenie onkologiczne
.....
.....
Stosowane środki przeciwbólowe (jakie dawki)
.....
.....
Czy chory stosuje pomoce ortopedyczne lub inne środki pomocnicze (jakie)
.....
.....
Czy istnieje konieczność karmienia zgłębnikiem? TAK NIE
Czy ma założoną przetokę, stomię, cewnik w pęcherzu? (właściwe podkreślić)
Przyjmowane leki
.....
.....
.....

V. Wyniki aktualnego badania lekarskiego:

- a. wyniki badań rutynowych i dodatkowych, mogą być ujęte w karcie informacyjnej z placówki służby zdrowia, którą należy dołączyć do niniejszego skierowania

.....
.....

- b. stan obecny oraz terapia proponowana przez lekarza kierującego

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

- c. choroby współistniejące

.....
.....

gruźlica tak / nie

narkomania tak / nie

choroby psychiczne tak / nie

choroby zakaźne tak / nie

VI. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej lub chorej, bez możliwości nawiązania kontaktu, należy podać nazwisko i imię osoby udzielającej wywiadu i ewentualnie stopień pokrewieństwa z badanym.

.....
.....

VII. Nieodłącznym warunkiem niniejszego skierowania do hospicjum jest oświadczenie podpisane przez rodzinę lub osobę opiekującą się chorym, oraz deklaracja wyboru hospicjum i dowód ubezpieczenia zdrowotnego.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis i pieczęć lekarza kierującego

.....
Pieczęć Zakładu Służby Zdrowia

.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
telefon kontaktowy

ZGODA PACJENTA DO OBJĘCIA OPIEKĄ PALIATYWNO-HOSPICYJNĄ

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez hospicjum domowe, hospicjum stacjonarne,
oddział medycyny paliatywnej *

.....
(nazwa i adres zakładu opieki zdrowotnej)

.....
Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w

.....
Osoba (imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu) wskazana przez pacjenta do kontaktu z
hospicjum/oddziałem medycyny paliatywnej

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

.....
podpis pacjenta lub prawnego opiekuna

* - właściwe zakresi

OŚWIADCZENIA

Ja.....Pesel

będąc pacjentem "Kaśmin" Dom Seniora Sp. z o.o. 05-332 Drożdżówka 5a

WYRAŻAM ZGODĘ

na przeprowadzenie badania lub przeprowadzanie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. O prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Data

Podpis pacjenta

UPOWAŻNIAM

Panią/Pana

adres

nr D.O..... telefon

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych

Data

Podpis pacjenta

UPOWAŻNIAM

Panią/Pana

adres

nr. D.O. telefon

do uzyskiwania dokumentacji

Data

Podpis pacjenta

OŚWIADCZENIE

pacjenta lub 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,

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

*oświadczenie wypełnia się przy kierowaniu chorego do hospicjum stacjonarnego

DANE PACJENTA DO REJESTRACJI

Imiona osoby starającej się o przyjęcie

1.....2.....

Nazwisko osoby starającej się o przyjęcie

.....

Nazwisko rodowe osoby starającej się o przyjęcie

.....

Data i miejsce urodzenia

.....

Stan cywilny.....

Wykształcenie.....

Adres zamieszkania.....

.....

Nr legitymacji ubezpieczenia lub nr świadczenia

Data Wydania legitymacji.....

Organ wydający(ZUS, KRUS, MSWiA, MON, SP, OPS).....

Kontakt do rodziny (imię, nazwisko, pokrewieństwo, numer tel., adres zamieszkania).....

.....

.....

.....

.....

Kto jest administratorem moich danych?	Administratorem Pani / Pana danych osobowych jest „KAŚMIN” Dom Seniora Sp. z o.o. z siedzibą w Drożdżówka 5a, 05-332 Siennica (dalej: „KAŚMIN”).	
Z kim mogę się skontaktować w kwestiach związanych z przetwarzaniem moich danych osobowych?	We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem Pani / Pana danych osobowych może Pani / Pan skontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych, dostępnym pod adresem e-mail: IODO@kasmin.pl.	
Jaki jest zakres przetwarzanych przez KAŚMIN moich danych osobowych?	<p>W celu objęcia Pani / Pana opieką zdrowotną w naszej placówce, koniecznym będzie zebranie następującego zakresu danych: imię, nazwisko, nr PESEL, płeć oraz data urodzenia (w przypadku osób nieposiadających nr PESEL), główna miejscowość opieki, adres zamieszkania, pokrewieństwo (w przypadku osób zgłaszanych przez członka rodziny). Może Pani / Pan przekazać nam również swój adres e-mail oraz numer telefonu, ale te dane nie są niezbędne do świadczenia usług opieki zdrowotnej.</p> <p>Podczas korzystania z usług świadczonych przez KAŚMIN, koniecznym będzie stworzenie Pani / Pana dokumentacji medycznej, w której zawarte będą informacje dotyczące procesu leczenia, w szczególności informacje o Pani / Pana stanie zdrowia jak również mogą znaleźć się tzw. informacje wrażliwe, które mogą dotyczyć na przykład Pani / Pana nałogów. Te informacje mogą być niezbędne do prawidłowego prowadzenia procesu leczenia i będą zbierane tylko w takich sytuacjach.</p>	
Jaki jest cel przetwarzania moich danych osobowych?	Przetwarzamy Pani / Pana dane osobowe, jako podmiot leczniczy a celem tego przetwarzania jest zapewnienie opieki zdrowotnej i zarządzanie systemami i usługami opieki zdrowotnej, przez co rozumiemy:	
	Cel przetwarzania	Podstawa prawna (pełne nazwy aktów prawnych znajdziesz na końcu formularza)
	Ustalenie Pani / Pana tożsamości przed rozpoczęciem udzielania świadczeń.	Art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 25 pkt 1 Ustawy o prawach pacjenta oraz § 10 ust. 1 pkt 2 Rozporządzenia MZ.
	Jako podmiot leczniczy jesteśmy zobowiązani do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej.	Art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 24 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta oraz Rozporządzenia MZ.
	Realizujemy Pani / Pana prawa, jako naszego pacjenta, np. odbieramy i archiwizujemy Pani / Pana oświadczenia, w których upoważnia Pani / Pan inne osoby do dostępu do Pani / Pana dokumentacji medycznej oraz udzielania im informacji o stanie Pani / Pana zdrowia.	Art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 9 ust. 3 oraz art. 26 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta oraz § 8 ust. 1 Rozporządzenia MZ
	Jako administrator danych będący przedsiębiorcą mamy prawo do dochodzenia roszczeń z tytułu prowadzonej przez nas działalności gospodarczej i tym samym przetwarzania Twoich danych w tym celu.	Art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, którym jest dochodzenie naszych roszczeń i obrona naszych praw.
	Na KAŚMIN, jako przedsiębiorcy spoczywają obowiązki nałożone również innymi aktami prawa, w tym np. obowiązek prowadzenia ksiąg rachunkowych czy obowiązki podatkowe jak konieczność wystawiania rachunków za wykonane przez nas usługi, co może się wiązać z koniecznością przetwarzania Pani / Pana danych osobowych.	Art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości.

Czy moje dane przetwarzane są w jakiś jeszcze sposób?	Nie, KAŚMIN nie stosuje żadnych procesów opartych o zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie.
Komu przekazywane są moje dane osobowe?	Poufność Pani / Pana danych jest dla nas priorytetem. Jednak z uwagi na konieczność z uwagi na konieczność zapewnienia sprawnego działania naszej placówki, Pani / Pana dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców: a. Podmiotom odpowiedzialnym za ubezpieczenia społeczne w tym jednostkom publicznym (NFZ) i prywatnym; b. Laboratoriom analitycznym i podmiotom zapewniającym transport medyczny; c. Osobom upoważnionym przez Panią / Pana w ramach realizacji praw pacjenta.
Czy moje dane są przekazywane poza Unię Europejską (EOG)?	Nie, KAŚMIN nie przekazuje danych osobowych do państw znajdujących się poza Europejskim Obszarem Gospodarczym
Przez jaki czas przetwarzane są moje dane osobowe?	W przypadku przetwarzania Pani / Pana danych medycznych, mamy obowiązek przechowywania ich, co najmniej przez okres 20 lat od dnia dokonania w dokumentacji ostatniego wpisu. Z zastrzeżeniem tego terminu, jeżeli dane były przez nas przetwarzane w celu dochodzenia roszczeń (np. w postępowaniach windykacyjnych) przetwarzamy dane w tym celu przez okres przedawnienia roszczeń, wynikający z przepisów kodeksu cywilnego. Po upływie wyżej wymienionych okresów Pani / Pana dane są usuwane lub poddawane anonimizacji.
Czy podanie danych jest moim obowiązkiem?	Korzystanie z usług KAŚMIN jest całkowicie dobrowolne, jednakże, jako podmiot świadczący usługi lecznicze jesteśmy zobowiązani przepisami prawa do przetwarzania danych pacjenta. W takim przypadku niepodanie danych może skutkować odmową udzielenia świadczenia.
Jakie mam prawa?	Jako administrator Pani / Pana danych, zapewniamy Pani / Panu prawo dostępu do danych, sprostowania ich, żądania usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Może Pani / Pan także skorzystać z uprawnienia do złożenia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani / Pana danych oraz prawa do przenoszenia danych do innego administratora danych. Informujemy także, że przysługuje Pani / Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów ochrony danych osobowych.
<p>RODO - Rozporządzenie 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; Ustawa o prawach pacjenta - ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;</p> <p>Rozporządzenie MZ - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;</p>	

.....

data i podpis pacjenta