**ROZPOZNANIE: ………………………………………….. \*PRZEKAZANO:** ………………………………………………………

PESEL: …………………………………………………………… **E-SKIEROWANIE KOD DOSTĘPU:** …………………………..

IMIĘ i NAZWISKO: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

KOD POCZTOWY …………………….……….. MIASTO/DZIELNICA ………………………..…………………………………………………………………………..

ULICA ……………………………………………….…………………………..…… NR. DOMU…………….….…….. NR. MIESZKANIA ……………………..……

KLATKA - …... PIĘTRO - ……TELEFON PACJENTA - ……………………………………………………………………………………………………………………..

**OSOBY DO KONTAKTU W SPRAWIE ZALECEŃ MEDYCZNYCH:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko……………………………………………………………………….  Telefon:…………………………………………………………………………………  Pokrewieństwo:…………………………………………………………………….. | Imię i Nazwisko………………………………………………………….……………  Telefon:………………………………………………………………………………….  Pokrewieństwo:…………………………………………………………………….. |

**UBEZPIECZENIE: TAK NIE**

Numer legitymacji /NIP pracodawcy/Decyzja OPS-u …..……………………………………………………….………………………………………………….

Data wydania + Data ważności ………………………………………………………………………………………….…………………………………………………….

**CZY CHORY ZGADZA SIĘ NA OPIEKĘ HOSPICJUM**: **TAK NIE**

CZY CHORY OBECNIE KORZYSTA Z:

* REHABILITACJA NFZ TAK NIE
* OPIEKA DŁUGOTERMINOWA NFZ TAK NIE
* TLENOTERAPIA DOMOWA NFZ TAK NIE

**GŁÓWNE PROBLEMY:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STAN OGÓLNY** | STABILNY  ŚREDNI  CIĘŻKI | |  | **NUDNOŚCI** | TAK  NIE |  | **OBRZĘKI** | TAK  **Gdzie**:………………………………………………………………………  NIE |
| **KONTAKT** | PRAWIDŁOWY  UTRUDNIONY  NIEMOŻLIWY | | **WYMIOTY** | TAK  NIE | **ZMIANY SKÓRNE / ODLEŻYNY** | TAK  …………………………………………………………………………………  NIE |
| **APETYT** | PRAWIDŁOWY  ZABURZONY  BRAK | | **BIEGUNKA** | TAK  NIE | **POMOC PSYCHOLOGA** | TAK: PACJENT / RODZINA  NIE |
| **CZY PIJE PŁYNY?** | TAK  NIEWIELE  BARDZO MAŁO | | **ZAPARCIE** | TAK  NIE | **WPARCIE DUCHOWE – KAPELAN** | TAK  NIE |
| **BÓL:** | TAK :  MAŁY ŚREDNI SILNY  NIE | | **DUSZNOŚĆ** | TAK  NIE | **POMOC WOLONTARIUSZA** | TAK NIE |
| **LEKI P/BÓLOWE?** | TAK NIE | | **KASZEL** | TAK  NIE | **\*ZAKWALIFIKOWANO PRZEZ LEKARZA** | TAK  NIE |
|  | | | | | | | | |
| **\* UWAGI LEKARZA** | |  | | | | | | |

**Pola oznaczone (\*) wypełnia zespół medyczny.**

**KTO ZGŁASZA (st. pokrewieństwa + tel.)** ………………………………………………………………………………………………...........

**\*DATA I PODPIS PRZYJMUJĄCEGO**………………………………………………………………………………………………....................

|  |
| --- |
| **OBOWIĄZEK INFORMACYJNY DLA OSÓB DOKONUJĄCYCH ZGŁOSZENIA PIERWSZORAZOWEGO**  Zgodnie z art. 13. Rozporządzenia 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, informujemy, iż:   1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest OŚRODEK HOSPICJUM DOMOWE NZOZ Zgromadzenia Księży Marianów z siedzibą w Warszawie przy ul. Tykocińskiej 27/35, 03-545 Warszawa. 2. By nadzorować sprawy związane z ochroną danych osobowych oraz udzielać Pani/Panu szczegółowych informacji wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych. Może się Pan/Pani skontaktować z nim mailowo pisząc na adres: [iod@hospicjum-domowe.waw.pl](mailto:iod@hospicjum-domowe.waw.pl). **Imię i nazwisko IOD podane są na naszej stronie internetowej.** 3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzamy w celu weryfikacji, czy kwalifikuje się Pan/Pani do opieki Hospicyjnej, do czego obligują nas przepisy prawne - §9 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w zw. z art. 6 ust. 1 lit. c RODO. 4. Kategorie przetwarzanych danych osobowych mogą obejmować: imię i nazwisko, PESEL, rodzaj, serię i nr dokumentu tożsamości, nr telefonu, adres e-mail, dane o stanie zdrowia, dane o przebytych chorobach, przyjmowane leki oraz wszelkie inne informacje medyczne dotyczące pacjenta. 5. Odbiorcami danych mogą być podmioty świadczące usługi, kurierskie, pocztowe, prawne lub informatyczne oraz nasi inni zaufani partnerzy. 6. Dane osobowe w razie niezakwalifikowania Pani/ Pana do opieki hospicyjnej zostaną usunięte bez zbędnej zwłoki po zakończeniu procesu. W przypadku zakwalifikowania Pani/Pana do opieki hospicyjnej, dane zawarte w posiadanej przez nas dokumentacji medycznej będą przechowywane przez okres przewidziany w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, uwzględniając w szczególności art. 29 wspomnianej ustawy. Zazwyczaj termin ten wynosić będzie 20 lat, a w przypadku dzieci, które nie ukończyły 2 lat – 22 lata, w obu wypadkach licząc od końca roku kalendarzowego, kiedy dokonano ostatniego wpisu. 7. W związku z przetwarzaniem przysługuje Panu/Pani prawo do dostępu do danych oraz ich sprostowania, prawo do ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa); szczegółowe informacje dotyczące poszczególnych praw znajdzie Pan/Pani w naszej Polityce Prywatności. 8. Pana/Pani dane osobowe nie będą przetwarzane w formie profilowania analitycznego. 9. Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do przeprowadzenia procesu weryfikacji. 10. Dane uzyskaliśmy bezpośrednio od Państwa lub od Państwa bliskich, którzy się Państwem opiekują. 11. Bardziej szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych w naszej placówce znajdzie Pan/Pani w **Polityce Prywatności umieszczonej na naszej stronie internetowej** lub kontaktując się z naszym IOD.   **OŚRODEK HOSPICJUM DOMOWE NZOZ Zgromadzenia Księży Marianów**  ul. Tykocińska 27/35, 03-545 Warszawa  NIP: 1132031587, REGON:040000463, KRS: 0000218644 |