

Oświadczenie

Ja niżej podpisany(a) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Uniwersyteckie Centrum Okulistyki i Onkologii w Katowicach zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych, tekst jednolity (Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.), w celach medycznych oraz statystycznych. Zostałem/am poinformowany/a o prawie wglądu do moich danych oraz ich poprawiania, a także o dobrowolności obowiązku podania moich danych.

.....  
(podpis pacjenta lub opiekuna)

1. Upoważniam Pana(ią) ..... do odbioru mojej dokumentacji w przypadku mojej śmierci.

2. Nikogo nie upoważniam do uzyskania dokumentacji medycznej po mojej śmierci.

.....  
(podpis pacjenta lub opiekuna)

Wyrażam zgodę na proponowane zabiegi wynikające z podjęcia leczenia.

.....  
(podpis pacjenta lub opiekuna)

Wyrażam zgodę na proponowane procedury medyczne wynikające z podjęcia leczenia.

.....  
(podpis pacjenta lub opiekuna)

Ja niżej podpisany .....

..... Imię	..... Nazwisko
---------------	-------------------

Oświadczam, że jestem członkiem ..... Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Zobowiązuje się do opuszczania terenu Uniwersyteckiego Centrum Okulistyki i Onkologii w Katowicach w trakcie hospitalizacji.

Uniwersyteckie Centrum Okulistyki i Onkologii w Katowicach oraz jego personel nie ponoszą odpowiedzialności za rzeczy wartościowe oraz osobiste pacjenta. Rzeczy wartościowe należy przekazać do depozytu szpitalnego Izby Przyjęć.

Upoważnionym do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych oraz uzyskania dokumentacji medycznej jest

.....

Zamieszkały w .....

Tel. ....

Oświadczam, że zostałem poinformowany o prawach i obowiązkach pacjenta.

Wyrażam zgodę na umieszczenie mojego imienia, nazwiska oraz wieku na karcie gorączkowej umieszczonej przy łóżku.

Katowice, dnia .....

Zostałem(am) poinformowany(a) o możliwych powikłaniach w czasie i po zabiegu. Na zadane pytania otrzymałem wyczerpujące odpowiedzi

.....  
(podpis pacjenta)

.....  
(podpis lekarza)

Protokół operacyjny	
Zabieg operacyjny: dn. .... godz. ....	Operator: .....
	Asysta: .....
Znieczulenie: ..... .....	Znieczulający: .....
Rodzaj zabiegu operacyjnego:	
Zabieg operacyjny: dn. .... godz. ....	Operator: .....
	Asysta: .....
Znieczulenie: ..... .....	Znieczulający: .....
Rodzaj zabiegu operacyjnego:	