

DATA _____

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko _____

Data urodzenia _____ Pesel _____

Adres _____

Numer telefonu _____ email _____

1. INFORMACJE OGÓLNE O ŚWIADCZENIACH GABINETU

Gabinet specjalizuje się w leczeniu ran przewlekłych i powikłanych.
Wykonywane są zabiegi takie jak:

- oczyszczenie rany
- zaopatrzenie rany opatrunkami specjalistycznymi
- wymaz z rany
- metody autologiczne : PRF, PRP, opatrunek autologiczny
- terapia blizny
- kompresjoterapia
- dobór profilaktyki wtórnej
- założenie opatrunku biologicznego (sterylne larwy)
- terapia podciśnieniowa VAC

W przypadku leczenia opatrunkami podciśnieniowymi, Pacjent jest zobowiązany do natychmiastowej reakcji na komunikaty urządzenia. Uszkodzenie lub rozszczelnienie opatrunku wymaga pilnego kontaktu z personelem Gabinetu.

WAŻNE: Powyższe procedury mogą wiązać się z bólem, krwawieniem, zakażeniem lub rozszczelnieniem opatrunku. Personel medyczny dołoży wszelkich starań, aby zminimalizować ryzyko powikłań.

2. PLAN LECZENIA

Szczegółowy plan leczenia zostanie ustalony podczas pierwszej wizyty i może ulec zmianie w trakcie leczenia, o czym Pacjent zostanie poinformowany.

3. PRAWA PACJENTA

Pacjent ma prawo do otrzymywania pełnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, metodach diagnostycznych i leczniczych, przewidywanych następstwach leczenia lub jego zaniechania, wynikach leczenia i rokowaniu. Pacjent będzie również informowany o ewentualnych ograniczeniach praw wynikających z przepisów prawa (np. epidemiologicznych).

3. PRAWA PACJENTA

4. DOKUMENTACJA MEDYCZNA

W trakcie świadczeń zdrowotnych sporządzana jest dokumentacja medyczna, w tym dokumentacja fotograficzna (szczególnie ran przewlekłych).

5. ODPLATNOŚĆ I ODWOŁANIE WIZYT

Wszystkie świadczenia medyczne są odpłatne. Zadłużenie jest podstawą do zaprzestania dalszych świadczeń. Pacjent może odwołać lub przełożyć wizytę najpóźniej 24 godziny przed zarezerwowanym terminem.

6. UPOWAŻNIENIE DO UZYSKIWANIA INFORMACJI I DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 3 oraz art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, oświadczam, że do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia oraz dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby — we wszelkich prawnie dopuszczalnych formach udostępniania zarówno za życia, jak i po śmierci — upoważniam:

Imię i nazwisko

osoby upoważnionej

PESEL lub data urodzenia

MIEJSCOWOŚĆ, DATA
PODPIS

7. INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 24, 25 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, informuję, że: Administratorem Państwa danych osobowych jest:

RANOWE

Gabinet Leczenia Ran

Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Pielęgniarska Mazurek Andrzej

ul. Nowy Rynek 5a, 22-400 Zamość

NIP: 9223017189

Regon: 363137172

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji świadczeń zdrowotnych w Gabinetzie i nie będą udostępniane innym odbiorcom, niezwiązanym z udzielaniem świadczeń medycznych.

Gabinet pozyskuje dane osobowe wyłącznie od pacjentów leczonych w swojej placówce.

Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

Po zakończeniu procesu leczenia, zgodnie z art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, dokumentacja medyczna będzie przechowywana przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu.

Dokumentacja medyczna przeznaczona do zniszczenia może być wydana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej.

Zgodnie z przepisami prawa, podanie danych osobowych jest niezbędne do wykonywania usługi medycznej i uzyskania odpowiednich świadczeń.

8. OŚWIADCZENIE PACJENTA

Proszę o zaznaczenie właściwych odpowiedzi:

Miałem/am możliwość zadawania pytań odnośnie planowanego leczenia.

☐ Tak ☐ Nie

Informacje zostały przekazane mi w sposób zrozumiały i wyczerpujący.

☐ Tak ☐ Nie

Zapoznałem/am się z materiałem informacyjnym i planem leczenia.

☐ Tak ☐ Nie

Zgadzam się na proponowane leczenie.

☐ Tak ☐ Nie

Zostałem/am poinformowany/a o możliwości powikłań i/lub zmiany leczenia.

☐ Tak ☐ Nie

Wyrażam zgodę na dokumentowanie (fotografię) procesu leczenia rany.

☐ Tak ☐ Nie

Zostałem/am poinformowany/a o zasadach odpłatności za usługi medyczne i zobowiązuję się do terminowej zapłaty za otrzymane świadczenia.

☐ Tak ☐ Nie

Zamość, dnia

(czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego)