



.....  
Miejscowość, data

.....  
imię i nazwisko pacjenta

.....  
adres zamieszkania

.....  
PESEL

.....  
telefon kontaktowy

### ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie domowej opieki nad pacjentem wentylowanym mechanicznie przez Help Homecare Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Poznaniu, przy ul. Jasielskiej 10, 60-467 Poznań

Upoważniam (imię i nazwisko, numer dowodu osobistego, telefon kontaktowy)

- .....  
.....  
.....
- a) do kontaktu z Help Homecare Sp. z o.o.,
  - b) do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych,
  - c) do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej.

.....  
Podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego pacjenta