ZARZĄDZENIE NR 18 / 2017

**Dyrektora Domu Pomocy Społecznej im. Matki Teresy z Kalkuty w Lublinie**

**z dnia 31.07.2017 r.**

**w sprawie udzielania informacji o stanie zdrowia mieszkańca**

Na podstawie § 7 Statutu Domu Pomocy Społecznej im. Matki Teresy z Kalkuty w Lublinie nadanego Uchwałą nr 1040/XLII/2006 z dnia 29 czerwca 2006 r. w sprawie Statutu Domu Pomocy Społecznej im. Matki Teresy z Kalkuty w Lublinie oraz § 8 ust. 7 Regulaminu Organizacyjnego Domu Pomocy Społecznej im. Matki Teresy z Kalkuty w Lublinie nadanego Zarządzeniem nr 284/2008 Prezydenta Miasta Lublin z dnia 8 maja 2008 r. w sprawie przyjęcia regulaminu organizacyjnego Domu Pomocy Społecznej im. Matki Teresy z Kalkuty w Lublinie oraz ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016 poz. 922 t.j. z dnia 2016.06.28) zarządzam, co następuje:

§ 1

Osobami uprawnionymi do udzielania informacji o stanie zdrowia mieszkańców zamieszkałych w Domu Pomocy Społecznej im. Matki Teresy z Kalkuty przy ul. Głowackiego 26 są kierownicy Zespołów i pielęgniarki.

§ 2

Osobami uprawnionymi do udzielania informacji o stanie zdrowia mieszkańców zamieszkałych w Filii Nr 1 Domu Pomocy Społecznej im. Matki Teresy z Kalkuty przy ul. Mierniczej 10 jest kierownik Filii Nr 1 oraz zastępujący kierownika opiekun.

§ 3

Zobowiązuję kierownika Działu Terapeutyczno - Opiekuńczego do zapoznania wszystkich pracowników Działu z treścią niniejszego zarządzenia.

§ 4

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

 Dyrektor

Jarosław Zyśk

 Załącznik Nr 1 do Zarządzenia Nr 18/2017

……………………, dnia …………………

………………………………..

 (imię i nazwisko)

PESEL ………………………...

…………………………………..

…………………………………..

 (adres)

**OŚWIADCZENIE 1**

Oświadczam, że UPOWAŻNIAM

Panią/ Pana\* ………………………………………………………………………………………..

zam. ……………………………………………………………………………………………….…

do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

 ……………………………..

 podpis pacjenta

**OŚWIADCZENIE 2**

Oświadczam, że UPOWAŻNIAM

Panią/ Pana\* ………………………………………………………………………………………..

zam. ……………………………………………………………………………………………….…

do uzyskania mojej dokumentacji medycznej.

 ……………………………..

 podpis pacjenta

 **OŚWIADCZENIE 3**

Oświadczam, że UPOWAŻNIAM

Panią/ Pana\* ………………………………………………………………………………………..

zam. ……………………………………………………………………………………………….…

do uzyskania informacji dotyczących moich środków finansowych.

 ……………………………..

 podpis pacjenta