

Oświadczenie

osoby bliskiej opiekującej się chorym

Ja niżej podpisana/y.....

Stopień pokrewieństwa

Seria i numer dowodu osobistego PESEL

Telefon kontaktowy

Prosząc o krótkoterminowe przejęcie opieki nad moim bliskim (*imię i nazwisko, PESEL*).....

na oddziale stacjonarnym, na zasadach wyręczenia rodziny i opiekunów, jestem świadomy/a, że w czasie opieki:

- podejmowane są wyłącznie procedury opiekuńczo-pielęgnacyjne, oraz nadzór lekarski;
- placówka nie podejmuje diagnostyki specjalistycznej i nie finansuje związanych z tym badań oraz nie prowadzi leczenia przyczynowego;
- w razie konieczności stawienia się chorego na wyznaczony wcześniej termin wizyty lekarskiej poza placówką, koszty transportu pokrywa rodzina;
- placówka nie zapewnia stałego nocnego dyżuru lekarskiego, jedynie pod telefonem.

Wyrażam zgodę na powyższe, co potwierdzam swoim podpisem

.....

.....

Miejscowość i data

Podpis

Hospicjum Sosnowieckie im. Św. Tomasza Ap.
„Usługi społeczne dla osób niesamodzielnym w Zagłębiowskim Centrum Wsparcia Opiekuńczo-Rehabilitacyjno-
Psychologicznego”
Projekt współfinansowany ze środków
Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
Nr umowy o dofinansowanie UDA-RPSL.09.02.01-24-02E2/19