

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 pogorszenia zdrowia i konieczności dalszej diagnostyki pacjent zostanie skierowany do szpitala;
- 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