

Brodnica, dnia

OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA

.....
(imię i nazwisko opiekuna, seria i numer dowodu osobistego lub innego dokumentu)

.....
(adres zamieszkania osoby odbierającej)

Niniejszym zobowiązuję się do odebrania

.....
(stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko pacjenta)

po zakończonym pobycie w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym Zespołu Opieki Zdrowotnej 87-300 Brodnica ul. Wyspiańskiego 6

Jednocześnie oświadczam, że zostałem /łam poinformowany /a o tym, że okres pobytu pacjenta w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym jest uzależniony od uzyskanej przez pacjenta ilości punktów w ocenie skali opartej na Skali Barthel oraz o tym, że jeżeli punktacja przekroczy 40 punktów pobyt pacjenta przestaje być finansowany przez NFZ, a pacjent zostanie wypisany na wskazany poniżej adres.

Niewywiązanie się z powyższego skutkuje poniesieniem przeze mnie 100% dalszych kosztów pobytu i przewozu.

.....
(adres osoby składającej oświadczenie)

.....
(data, czytelny podpis opiekuna)