

Włodawa, dnia.....

OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA

.....
Imię i nazwisko osoby odbierającej
.....

Adres zamieszkania

Niniejszym zobowiązuje się do odebrania pacjenta :

.....
Imię i nazwisko pacjenta

Po zakończonym pobycie w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym SPZOZ we Włodawie dla dorosłych o profilu ogólnym w terminie wskazanym przez Zakład.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że pobyt pacjenta w Zakładzie Pielęgnacyjno- Opiekuńczy ma charakter czasowy i jest uzależniony od uzyskanej przez pacjenta punktacji podczas oceny według Skali Barthel. Jestem świadomy, że jeżeli punktacja przekroczy 40 punktów, pobyt pacjenta przestanie być finansowany przez NFZ, a pacjent zostaje wypisany z Zakładu.

Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem obowiązującym w ZPO SPZOZ we Włodawie.

.....
Czytelny podpis osoby odbierającej