Jaszkotle, dnia _____

OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA

Ja niżej podpisany/a

_____
Imię i nazwisko

PESEL _____ _____
Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

_____
Kod pocztowy Adres

Oświadczam, że działając jako opiekun prawny*/za zgodą pacjenta* zobowiązuję się do odebrania pacjenta Pana/i:

_____
Imię i nazwisko

PESEL _____ lub ** _____
Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

po zakończonym pobycie w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym dla Dzieci im. Bł. Jana Pawła II prowadzonym przez Zgromadzenie Sióstr Maryi Niepokalanej w Jaszkotlu 21, 55-080 Kąty Wrocławskie.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o tym, że okres pobytu pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym dla Dzieci w Jaszkotlu jest uzależniony od uzyskanej przez pacjenta punktacji podczas okresowej oceny świadczeniobiorcy skalą Barthel oraz o tym, że jeżeli punktacja ta przekroczy 40 punktów, to świadczenia zdrowotne udzielanie pacjentowi przestają być finansowane przez NFZ, a pacjent nie może przebywać dłużej w Zakładzie i zostanie wypisany na wskazany w oświadczeniu adres.

Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, że nieodebranie pacjenta w wyznaczonym terminie z Zakładu będzie się wiązało z pokryciem całkowitego kosztu pobytu, leczenia i transportu.
Jednocześnie oświadczam, że pokryję w/w koszty według rozliczenia przedstawionego przez świadczeniodawcę w przypadku nieodebrania pacjenta w wyznaczonym terminie.

_____
Adres, pod który ma być wypisany pacjent z Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego

_____
Podpis osoby składającej oświadczenie

* właściwe podkreślić
** w przypadku braku PESEL