

Jaszkotle, dnia _____

OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA

Ja niżej 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* zobowiązuje się do odebrania Pacjenta Pana/i:

Imię i nazwisko

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

lub*

Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

po zakończonym pobycie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym dla Dzieci im. Jana Pawła II prowadzonym przez Zgromadzenie Sióstr Maryi Niepokalanej w Jasz kotlu, Jasz kotle 21 55-080 Kąty Wrocławskie.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, że okres pobytu pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym dla Dzieci w Jasz kotlu 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 udzielane 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 wiązało się 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-Lecznego_____
Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

* Właściwe podkreślić

* *w przypadku braku PESEL