

Załącznik nr 7 do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

.....
(miejsowość i, data)

OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA

.....
(Nazwisko i imię osoby odbierającej)

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

NINIEJSZYM ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO ODEBRANIA PACJENTA

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

Po zakończonym pobycie w Zakładzie Opiekuńczo -Lecznicznym / ZOL PWM Nowy Szpital we Wschowie Sp. z o. o., określonym w umowie

nr.....z dnia.....

Jednocześnie oświadczam ,że zostałem poinformowany/a o tym, że okres pobytu pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym/PWM jest uzależniony od uzyskanej ilości punktów w ocenie wg skali Barthel oraz o tym , że jeżeli punktacja przekroczy 40 punktów pobyt pacjenta przestaje być finansowany przez LOW NFZ w Zielonej Górze, a pacjent zostanie wypisany z ZOL, ZOL/PWM Nowy Szpital we Wschowie Sp. z o. o.

.....
(podpis osoby odbierającej)