

.....
(miejsowość, 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 Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą sp. z o.o. w terminie wskazanym przez Zakład,

określonym w umowie nr.....z dnia.....

Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany/a o tym, że okres pobytu pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym jest uzależniony od uzyskanej ilości punktów w ocenie wg skali opartej na 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 Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą sp. z o.o.

.....
(podpis osoby odbierającej)