

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 -Lecznicy / 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-Lecznicy/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)