

Piszkowice, dnia

OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA

Ja niżej podpisany/a

Imię i nazwisko

PESEL

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

 lub *

Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

--	--

--	--	--	--

Kod pocztowy

Adres

.....
Telefon kontaktowy

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

.....
Imię i nazwiskoPESEL

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

 lub *

Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

po zakończonym pobycie w Zakładzie Lecznico-Opiekuńczym dla Dzieci prowadzonym przez Zgromadzenie Sióstr Maryi Niepokalanej, Piszkowice 53, 57-300 Kłodzko.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o tym że pacjent może przebywać w Zakładzie Lecznico-Opiekuńczym dla Dzieci w Piszkowicach do ukończenia 18 roku życia, a w przypadku kontynuowania nauki pobyt może zostać przedłużony do czasu ukończenia nauki oraz że okres pobytu pacjenta jest uzależniony od uzyskanej przez niego punktacji podczas okresowej oceny świadczeniobiorcy skalą Barthel. Przyjmuję do wiadomości że jeżeli punktacja ta przekroczy 40 punktów to świadczenia zdrowotne udzielanie pacjentowi przestają być finansowane przez NFZ z końcem miesiąca w którym nastąpiło przekroczenie, a pacjent nie może przebywać dłużej w Zakładzie i zostanie wypisany na wskazany w oświadczeniu adres.

Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości iż nie odebranie pacjenta w wyznaczonym terminie z Zakładu będzie wiązało się z obowiązkiem pokrycia całkowitego kosztu wyżywienia i zakwaterowania, leczenia, rehabilitacji oraz transportu. Jednocześnie oświadczam, że pokryję w/w koszty według rozliczenia przedstawionego przez świadczeniodawcę w przypadku nie odebrania pacjenta w wyznaczonym terminie.

.....
Adres pod który ma być wypisany pacjent z Zakładu Lecznico-Opiekuńczego dla Dzieci w Piszkowicach.....
Podpis osoby składającej oświadczenie

*w przypadku braku PESEL, **niepotrzebne skreślić