

Będzin dnia.....

OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA

.....
imię i nazwisko osoby odbierającej

.....
adres zamieszkania

Niniejszym zobowiązuję się do odebrania pacjenta

.....
imię i nazwisko pacjenta

po zakończonym pobycie w Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym przy Domu św. Józefa Caritas Diecezji Sosnowieckiej w Będzinie ul. Stawowa 26 w terminie wskazanym przez Zakład.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, że okres pobytu pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym w Będzinie ul. Stawowa 26 jest uzależniony od uzyskanej przez pacjenta punktacji podczas oceny według skali Barthela oraz o tym, że jeżeli punktacja ta przekroczy 40 punktów pobyt pacjenta przestaje być finansowany przez NFZ, a pacjent zostanie wypisany z ZOL w Będzinie.

.....
czytelny podpis opiekuna faktycznego