

.....
miejsowość, data

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 Pielęgnacyjno-Opiekuńczym dla dorosłych o profilu ogólnym, prowadzony przez Centrum Przedsiębiorczości CP Sp. z o.o. w Szpitalu Powiatowym w Pszczynie w terminie wskazanym przez Zakład. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, że okres pobytu pacjenta w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym jest uzależniony od uzyskanej przez pacjenta punktacji podczas oceny według skali Barthel oraz o tym, że jeżeli punktacja ta przekroczy 40 punktów pobyt pacjenta przestaje być finansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a pacjent zostanie wypisany z Zakładu.

.....
czytelny podpis