

Pszczyna, 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 Pielęgnacyjno - Opiekuńczym dla dorosłych o profilu ogólnym, prowadzony przez Szpital Joannitas w Pszczynie w terminie wskazanym przez Zakład. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, że pobyt pacjenta w Zakładzie Pielęgnacyjno - Opiekuńczym ma charakter CZASOWY i jest uzależniony od uzyskanej przez pacjenta punktacji podczas oceny według skali Barthel. Jestem świadomy/a tego, że jeżeli punktacja ta przekroczy 40 punktów pobyt pacjenta przestaje być finansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a pacjent zostaje wypisany z Zakładu.

.....
czytelny podpis