

.....

(miejsowość, 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 „Szpitala Powiatowego we Wrześni” Spółka 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 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 WOW NFZ w Poznaniu, a pacjenta zostaje wypisany z ZOL „Szpitala Powiatowego we Wrześni” Spółka z o.o.

.....

(podpis osoby odbierającej)