

Słupca, dnia

OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA

Ja, niżej podpisany/a:
zamieszkały/a:legitymujący/
a się dowodem osobistym:zobowiązuję się do
odbioru Pacjenta: z Zakładu Opiekuńczo-
Leczniczego w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Słupcy,
w wyznaczonym przez zakład terminie.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany/a o tym, iż okres pobytu
Pacjenta w Zakładzie jest uzależniony od uzyskanej ilości punktów wg skali Barthel oraz
o tym, że jeżeli punktacja przekroczy 40 punktów pobyt pacjenta przestaje być finansowany
przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a Pacjent zostaje wypisany z Zakładu.

.....

Czytelny podpis