

OŚWIADCZENIE

(wypełnia Pacjent)

Ja.....
zam.....
legitymujący/a się dowodem osobistym seria.....nr.....
wydanym przez.....
urodzony/a.....w.....PESEL.....
imiona rodziców.....
nazwisko panieńskie.....telefon kontaktowy/kom.....

Jako osobę do kontaktu w sprawie mojego stanu zdrowia upoważniam:

Panią/a.....pokrewieństwo.....
zam.....
telefon kontaktowy/kom.....

Wyrażam zgodę na:

1. Pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicyz EUROMEDICUS w Gdyni począwszy od wyznaczonego dnia przyjęcia.
2. Potrącanie opłaty za pobyt (koszty żywienia i zakwaterowania) w w/w Zakładzie przez właściwy organ emerytalno-rentowy ze świadczenia emerytalno-rentowego (decyzja nr..... z dnia.....).
3. Odbiór zasiłku stałego wyrównawczego, renty socjalnej itp (decyzja..... nrz dnia.....) przez w/w Zakład, tytułem pokrycia kosztów żywienia i zakwaterowania.
4. Oświadczam też, iż środki utrzymania przeznaczone na opłacenie pobytu w ZOL EUROMEDICUS nie są zajęte ani obciążone prawami osób trzecich.
5. Oświadczam, że zostałem powiadomiony o wstrzymaniu dodatku (zasiłku) pielęgnacyjnego w trakcie pobytu w Zakładzie Opiekuńczo Lecznicyz.
6. Zobowiązuję się do powiadomienia lekarza rodzinnego o dacie przyjęcia do ZOL i wypisu .
7. Oświadczam, iż lekarzem rodzinnym chorego jest Pan/i.....
Przyjmujący/a w.....tel/fax.....
8. Pielęgniarką środowiskową -rodziną jest
(nazwa, adres i telefon Przychodni / Ośrodka Zdrowia)
9. Oświadczam, że będę niezwłocznie informował/a kierownika Zakładu Opiekuńczo – Lecznicyz o każdej zmianie wysokości dochodu, o którym mowa w decyzji o skierowaniu mnie do zakładu.

.....
miejsowość data

.....
podpis pacjenta

