

Łaziska Górne .....  
data,

.....  
(pieczęć zakładu)

## OŚWIADCZENIE

.....  
Imię i nazwisko Opiekuna / Osoby Bliskiej

.....  
Adres zamieszkania Opiekuna/Osoby Bliskiej

.....  
Rodzaj i nr dokumentu tożsamości Opiekuna/Osoby Bliskiej

.....  
Telefon

**Ja niżej podpisana /y/ jestem opiekunem/osobą bliską tj. ....Pani/Pana**

.....  
nazwisko, imię pacjenta

.....  
Adres zamieszkania pacjenta

.....  
Nr PESEL pacjenta, w przypadku braku nr PESEL rodzaj i nr dokumentu tożsamości

**oświadczam**, że jestem poinformowany/a o zasadach dotyczących przyjęcia i świadczenia opieki długoterminowej w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Łaziskach Górnych. Jestem świadomy/a, że warunkiem uprawniającym do opieki w Zakładzie jest uzyskanie przez pacjenta 40 pkt. lub mniej w skali Bartel. Pobyt pacjenta, którego ocena przekroczy 40 pkt. przestaje być refundowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia wobec czego pacjent zostaje wypisany z Zakładu.

Świadom(a) powyższego zobowiązuję się do zapewnienia opieki i odebrania na wskazany poniżej adres

.....  
.....  
miejsowość, ulica, nr domu, nr mieszkania

Pana / Panią.....  
po zakończeniu pobytu w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Łaziskach Górnych ul. Staszica 4, prowadzonym przez Centrum Zdrowia w Mikołowie Sp. z o. o., w terminie wyznaczonym przez Kierownika Zakładu, o którym zostaną powiadomiony(a) pisemnie.

Nieodebranie pacjenta(ki), skutkować będzie poniesieniem przeze mnie pełnego kosztu wszystkich świadczeń udzielonych na jego(jej) rzecz po wyznaczonym terminie zakończenia pobytu w Zakładzie.

Data .....

.....  
Podpis Opiekuna /Osoby Bliskiej