

.....
Imię i Nazwisko osoby odpowiedzialnej za pacjenta

.....
adres zamieszkania osoby odpowiedzialnej za pacjenta

.....
PESEL osoby odpowiedzialnej za pacjenta

.....
telefon osoby odpowiedzialnej za pacjenta

O ś w i a d c z e n i e (2)

Ja, niżej podpisany/podpisana* zobowiązuję się, w przypadku uzyskania przez

(Imię i Nazwisko pacjenta)

poprawy stanu zdrowia a tym samym uzyskania w pielęgniarstwie skali Barthel więcej niż 40 punktów, do odebrania go / jej * z Zakładu w odpowiednim terminie.

Termin wypisu pacjenta z Zakładu Opiekuńczo Leczniczego Caritas w Grybowie będzie wskazany przez osobę występującą w imieniu Zakładu pisemnie i/lub telefonicznie.

Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z umową zawartą z Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie, Zakład Opiekuńczo Leczniczy Caritas w Grybowie nie otrzyma dofinansowania dla pacjenta, który w medycznej skali Barthel uzyskał ponad 40 punktów.

* niepotrzebne skreślić

.....
data i podpis osoby odpowiedzialnej za pacjenta