

OŚWIADCZENIE

osoby bliskiej opiekującej się chorym

Ja niżej podpisana/y _____

Stopień pokrewieństwa _____

Seria i nr dowodu osobistego _____

PESEL _____

Adres _____

Telefon kontaktowy _____

jestem świadoma/y nieuleczalności choroby mojej bliskiej osoby:

_____ (imię i nazwisko),
którą pragnę umieścić w hospicjum.

Zostałam/łem poinformowany, że odstąpiono od diagnostyki i leczenia przyczynowego, a dalsza opieka ma charakter leczenia objawowego, a także o nie przedłużaniu życia za wszelką cenę (reanimacja, resuscytacja). W przypadku zgonu chorego z rozpoznaną chorobą nowotworową proszę o odstąpienie od wykonania sekcji zwłok. Po śmierci chorej/go zobowiązuję się zająć sprawami związanymi z pochówkiem.

Zostałam/em poinformowana/y, że zgodnie z dokumentem: Zarządzenie nr 54/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 maja 2024r. hospicjum jest zobowiązane do cyklicznej kwalifikacji do dalszej opieki hospicyjnej, co oznacza, że w przypadku niespełnienia przesłanek do dalszego pobytu w hospicjum w dniu badania, pacjent będzie wypisany z hospicjum. W związku z powyższym opiekun zobowiązuje się odebrać pacjenta w ciągu 14 dni od daty przeprowadzenia kwalifikacji.

Miejscowość, data

Czytelny podpis składającego oświadczenie