

Jastrzębie – Zdrój, dnia

OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA

Ja niżej podpisany/a.....

Imię i nazwisko

Adres

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

lub

Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość*

Nr telefonu do kontaktu

oświadczam, że działając jako opiekun prawny zobowiązuję się do odebrania pacjenta:

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

lub

Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość*

po zakończonym pobycie w Zakładzie Leczniczo – Opiekuńczym dla Dzieci „Betlejem” w Jastrzębiu – Zdroju.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o tym że pacjent może przebywać w Zakładzie Leczniczo – Opiekuńczym dla Dzieci „Betlejem” w Jastrzębiu – Zdroju do ukończenia 18 roku życia, a w przypadku kontynuowania nauki pobyt może zostać przedłużony do czasu ukończenia nauki oraz że okres pobytu pacjenta jest uzależniony od uzyskanej przez niego punktacji podczas okresowej oceny świadczeniobiorcy skalą Barthel. Przyjmuję do wiadomości że jeżeli punktacja ta przekroczy 40 punktów to świadczenia zdrowotne udzielanie pacjentowi przestają być finansowane przez NFZ z końcem miesiąca w którym nastąpiło przekroczenie, a pacjent nie może przebywać dłużej w Zakładzie i zostanie wypisany na wskazany w oświadczeniu adres.

Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż nie odebranie pacjenta w wyznaczonym terminie z Zakładu będzie wiązało się z obowiązkiem pokrycia całkowitego kosztu żywienia i zakwaterowania, leczenia, rehabilitacji oraz transportu. Jednocześnie oświadczam, że pokryję w/w koszty według rozliczenia przedstawionego przez świadczeniodawcę w przypadku nie odebrania pacjenta w wyznaczonym terminie.

Adres pod który ma być wypisany pacjent z Zakładu Leczniczo – Opiekuńczego dla Dzieci „Betlejem” w Jastrzębiu – Zdroju

Podpis

*w przypadku braku PESEL