

………………………………………………………………

miejscowość, data

**OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA**

…………………………………………………………………………………………………..

imię i nazwisko osoby odbierającej

…………………………………………………………………………………………………..

adres zamieszkania

Niniejszym zobowiązuję się do odebrania pacjenta

…………………………………………………………………………………….

imię i nazwisko pacjenta

po zakończonym pobycie w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym w Pile,

przy ul. Królewskiej 8, w terminie wskazanym przez Zakład.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, że okres pobytu pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym w Pile jest uzależniony od uzyskanej przez pacjenta punktacji według skali Barthel, podczas comiesięcznej oceny, a także o tym, że jeżeli punktacja ta przekroczy 40 punktów, pobyt pacjenta przestaje być finansowany przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ w Poznaniu, a pacjent zostanie wypisany z ZOL w Pile.

…………………………………

czytelny podpis osoby odbierającej