

.....
imię i nazwisko członka rodziny/ przedstawiciela ustawowego

Barczewo, dnia

.....
adres zamieszkania

.....
telefon

OŚWIADCZENIE **członka rodziny / przedstawiciela ustawowego**

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez szpital o przekazaniu do dalszej opieki Pani/ Pana:

.....
imię i nazwisko pacjenta/ki

.....
data urodzenia pacjenta/ki

w Maltańskim Centrum Pomocy pw. bł. Gerarda Fundacji Polskich Kawalerów Maltańskich w Warszawie „Pomoc Maltańska” Oddział w Barczewie.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany/a o tym, że:

- 1) Maltańskie Centrum Pomocy pw. bł. Gerarda Fundacji Polskich Kawalerów Maltańskich w Warszawie „Pomoc Maltańska” Oddział w Barczewie jest **zakładem opiekuńczo–lecniczym / zakładem opiekuńczo–lecniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie**;
- 2) w zakładzie opiekuńczo – lecniczym **nie ma obowiązku całodobowej obecności lekarza** i lekarz jest dostępny w określone dni i godziny;
- 3) w zakładzie opiekuńczo – lecniczym opiekę całodobową nad pacjentem pełnią pielęgniarki i opiekunki medyczne;
- 4) w zakładzie opiekuńczo – lecniczym świadczenia rehabilitacyjne dotyczą **ogólnej rehabilitacji w podstawowym zakresie celem zmniejszenia skutków unieruchomienia oraz usprawniania ruchowego** zgodnie ze stanem zdrowia pacjenta;
- 5) zgodnie z ustawą pacjent przebywający w zakładzie opiekuńczo – lecniczym ponosi **odpłatność w zakresie kosztów wyżywienia i zakwaterowania** w wys. 70% jego dochodu, ale nie większą niż 250% najniższej emerytury;
- 6) pobyt pacjenta w zakładzie opiekuńczo – lecniczym jest okresowy i po zakończeniu udzielania świadczeń opiekuńczo – lecniczych jestem zobowiązany do zapewnienia pacjentowi dalszej opieki.

.....
czytelny podpis członka rodziny/ przedstawiciela ustawowego,
stopień pokrewieństwa

Potwierdzam:

.....
data, pieczętka i podpis lekarza oraz pieczętka podmiotu leczniczego