…………………………………………… Barczewo, dnia …...................................

imię i nazwisko członka rodziny/ przedstawiciela ustawowego

……………………………………

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–leczniczym / zakładem opiekuńczo-leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie**;
2. w zakładzie opiekuńczo – leczniczym **nie ma obowiązku całodobowej obecności lekarza** i lekarz jest dostępny w określone dni i godziny;
3. w zakładzie opiekuńczo – leczniczym opiekę całodobową nad pacjentem pełnią pielęgniarki i opiekunki medyczne;
4. w zakładzie opiekuńczo – leczniczym 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 – leczniczym 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 – leczniczym jest okresowy i po zakończeniu udzielania świadczeń opiekuńczo – leczniczych jestem zobowiązany do zapewnienia pacjentowi dalszej opieki.

 …………………………………………................

 czytelny podpis członka rodziny/ przedstawiciela ustawowego,

 stopień pokrewieństwa

**Potwierdzam:**

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

data, pieczątka i podpis lekarza oraz pieczątka podmiotu leczniczego