

.....
miejsowość, 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 Pielęgnacyjno-Opiekuńczym
SPS ZOZ „Zdroje” w Szczecinie w terminie wskazanym przez Zakład.**

Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany/a o tym, że okres pobytu pacjenta w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym SPS ZOZ „Zdroje” w Szczecinie jest uzależniony od uzyskanej przez pacjenta punktacji podczas oceny według skali Barthela oraz o tym, że jeżeli ta punktacja przekroczy 40 punktów pobyt pacjenta przestaje być finansowany przez ZOW NFZ w Szczecinie, a pacjent zostanie wypisany z ZPO w Szczecinie.

.....
podpis osoby odbierającej