

Oświadczenie świadczeniobiorcy (pacjenta)

1. Wyrażam zgodę na objęcie opieką i wykonywanie świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych przez podmiot leczniczy Malmed24 , 00-872 Warszawa ul. Chłodna 64 lok. 316.
2. Zostałem poinformowany o zasadach zabezpieczenia w środki higieniczne i opatrunkowe, leki i inne wyroby medyczne zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego niezbędne do realizacji wyżej wymienionych świadczeń zdrowotnych.
3. Zostałem poinformowany, że jednocześnie nie mogą być jednocześnie realizowane świadczenia przez hospicjum, zespół długoterminowej opieki domowej wentylowanych mechanicznie, itd.
4. Będę na bieżąco informował o korzystaniu z innych świadczeń finansowanych przez NFZ a w przypadku stwierdzenia wykonywania ich, zobowiązuje się do pokrycia poniesionych kosztów finansowych przez podmiot leczniczy Malmed24, 00-872 Warszawa ul. Chłodna 64 lok. 316.
5. Zostałem poinformowany, że do chwili objęcia opieką przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej wszelkie świadczenia pielęgniarstwa zapewnia u pacjenta pielęgniarka środowiskowa.

Imię i nazwisko pacjenta.....

Podpis

Adres zamieszkania