

.....
(miejscowość, data)**OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA**.....
(imię i nazwisko osoby odbierającej).....
(adres zamieszkania).....
(telefon kontaktowy)**Niniejszym zobowiązuję się do odebrania pacjenta**.....
(imię i nazwisko pacjenta)**po zakończonym pobycie w Zakładzie Pielęgnacyjno - Opiekuńczym w
Barlinku w terminie wskazanym przez Zakład.**

Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany/a o tym, że okres pobytu pacjenta w Zakładzie Pielęgnacyjno - Opiekuńczym jest uzależniony od uzyskanej przez pacjenta liczby punktów w ocenie w/g skali opartej na Skali Barthel oraz o tym, że jeżeli ta punktacja przekroczy 40 punktów pobyt pacjenta przestaje być finansowany przez właściwy OW NFZ a pacjent zostanie wypisany z Zakładu.

.....
(podpis osoby odbierającej)