

## OŚWIADCZENIE

Dane przedstawiciela ustawowego pacjenta, opiekuna lub osoby uprawnionej przez pacjenta do otrzymywania informacji o stanie jego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych:

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym:

.....  
.....  
.....

Numer telefonu: .....

.....

data i podpis pacjenta

.....  
miejsowość, data

## **OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA**

.....  
imię i nazwisko osoby odbierającej

.....  
adres zamieszkania

Niniejszym zobowiązuję się do zapewnienia opieki dla:

.....  
imię i nazwisko pacjenta

po zakończonym pobycie w Szpitalu Powiatowym Sp. z o.o. w Gryfinie -  
Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym Psychiatrycznym w Nowym Czarnowie.

.....  
podpis osoby odbierającej

.....  
imię i nazwisko pobierającego świadczenie pacjenta

Nowe Czarnowo, .....

.....  
adres

.....

.....  
telefon kontaktowy

**ZOBOWIĄZANIE DO ODPLATNOŚCI ZA POBYT DLA RODZINY,  
KTÓRA POBIERA ŚWIADCZENIE PACJENTA**

Zobowiązuję się regularnie opłacać koszty pobytu za chorego .....  
zgodnie z wystawioną fakturą przez Szpital Powiatowy Sp. z o. o. w Gryfinie, ul. Parkowa 5

.....  
czytelny podpis – stopień pokrewieństwa wobec pacjenta

.....  
imię i nazwisko

....., dnia .....

.....  
adres zamieszkania

.....

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/podpisany\* oświadczam, że:

1. Zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego Psychiatrycznego w Nowym Czarnowie (91 40 45 350) o wszelkich zaistniałych zmianach w sytuacji życiowej osoby starającej się o skierowanie do Zakładu Psychiatrycznego Pielęgnacyjno – Opiekuńczego w Nowym Czarnowie, szczególnie o pobycie w innym Zakładzie Opieki Zdrowotnej, Ośrodka Pomocy Społecznej, rezygnacji z umieszczenia w Zakładzie, ewentualnie prośbie o umieszczenie w Zakładzie w terminie późniejszym, czy też zgonie.
2. Zostałam/zostałem\* poinformowana/poinformowany o utracie prawa do dodatku pielęgnacyjnego w związku z przebywaniem w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym Psychiatrycznym w Nowym Czarnowie zgodnie z art. 75 ust. 4 z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 162, poz. 1118 z późn. zm.) „Osobie uprawnionej do emerytury lub renty przebywającej w zakładzie opiekuńczo – leczniczym lub w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym dodatek pielęgnacyjny nie przysługuje (...)”.

**Zobowiązuję się do poinformowania o tym fakcie organu emerytalno – rentowego.**

.....  
czytelny podpis i nr dowodu osobistego

\* niepotrzebne skreślić