Ośrodek Medyczny "SAMARYTANIN"

Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN
Ul. Kazimierza Pużaka 11, 45-272 Opole
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886

tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584
www.samarytanin.opole.pl / samarytanin@samarytanin.opole.pl

ISO 9001
LL-C (Certification)

Opole, dnia .....

OŚWIADCZENIE
Konsultacja w Poradni Medycyny Paliatywnej

Ja niżej podpisana (y) ..... Nr PESEL: .....

Zamieszkała(y) .....

.....

Oświadczam, iż zostałam(em) poinformowany przez pracowników Ośrodka Medycznego „Samarytanin" o tym, że w chwili konsultacji w ramach Poradni Medycyny Paliatywnej, nie mogę przebywać pod opieką Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej (Hospicjum Domowego),oraz innego Ośrodka Paliatywnego.
Nie mogę również w danym dniu być pacjentem oddziału szpitalnego stacjonarnego .

.....

Podpis pacjenta lub osoby upoważnionej