

Opole, dnia .....

## OŚWIADCZENIE

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

Zamieszkała(y) .....

.....

Oświadczam, iż zostałam(em) poinformowany przez pracowników Ośrodka Medycznego „Samarytanin” o konieczności zgłaszania pobyków szpitalnych pielęgniarsce i lekarzowi ZDOP **najpóźniej do 12 godzin od przyjęcia do innej placówki.**

Równocześnie zobowiązuję się, iż będąc pod opieką Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej Ośrodka Medycznego „Samarytanin” **nie będę korzystać równocześnie** z innych świadczeń stacjonarnych, całodobowych oraz oddziałów dziennych (np. oddział dzienny rehabilitacji, domowe leczenie tlenem, pielęgniarska opieka długoterminowa itd.) udzielonych w ramach NFZ ze względu na występującą koincydencję świadczeń.

Pracownik Ośrodka Medycznego „Samarytanin” przedstawił mi dokładnie warunki pobytu pacjenta w Zespole Domowej Opieki Paliatywnej.

Przekazano mi informację o sprzęcie medycznym, który **bezpłatnie** mogą wypożyczyć.

Otrzymałam(em) numer telefonu do lekarza i pielęgniarki przydzielonych do mojej opieki. Poinformowano mnie, iż **wszystkie wizyty domowe są refundowane przez NFZ** oraz o tym, że w ramach ZDOP mogę korzystać na zlecenie lekarza z wizyt domowych fizjoterapeuty oraz psychologa.

.....

Podpis pacjenta lub osoby upoważnionej