



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



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