OŚWIADCZENIE

Osoby bliskiej/opiekuna prawnego\*

Ja niżej podpisana/y………………………………………………………………………

Stopień pokrewieństwa…………………………………………………………………...

Dokładny adres……………………………………………………………………………

Seria i Nr dowodu osobistego…………………………………………………………….

Pesel……………………………………………………………………………………….

Telefon kontaktowy……………………………………………………………………….

Zapoznałam/em się z regulaminem Hospicjum Stacjonarnego w Olkuszu ul. Gwarków 4 a i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Jestem świadoma/y nieuleczalności mojej bliskiej osoby

…………………………………………………………………………………………….,

(imię i nazwisko chorego)

którą pragnę umieścić w Hospicjum.

Zostałam/em poinformowana/y, że odstąpiono od diagnostyki i leczenia przyczynowego, a dalsza opieka ma charakter leczenia objawowego, a także o nie przedłużaniu życia za wszelką cenę (reanimacja, resuscytacja ).

W przypadku zgonu chorego z rozpoznaną chorobą nowotworową proszę o odstąpienie od wykonania sekcji zwłok.

Po ewentualnej śmierci chorej/go zobowiązuję się zająć sprawami związanymi z pochówkiem.

……………………………….. ……………………………..

Miejscowość i data podpis

\* Oświadczenie wypełnia się przy kierowaniu chorego do hospicjum stacjonarnego

OŚWIADCZENIE

Osoby bliskiej/opiekuna prawnego\*

Ja niżej podpisana/y………………………………………………………………………

Stopień pokrewieństwa…………………………………………………………………...

Dokładny adres……………………………………………………………………………

Seria i Nr dowodu osobistego…………………………………………………………….

Pesel……………………………………………………………………………………….

Telefon kontaktowy……………………………………………………………………….

Zapoznałam/em się z regulaminem Hospicjum Stacjonarnego w Olkuszu ul. Gwarków 4 a i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Jestem świadoma/y nieuleczalności mojej bliskiej osoby

…………………………………………………………………………………………….,

(imię i nazwisko chorego)

którą pragnę umieścić w Hospicjum.

Zostałam/em poinformowana/y, że odstąpiono od diagnostyki i leczenia przyczynowego, a dalsza opieka ma charakter leczenia objawowego, a także o nie przedłużaniu życia za wszelką cenę (reanimacja, resuscytacja ).

W przypadku zgonu chorego proszę o odstąpienie od wykonania sekcji zwłok.

Po ewentualnej śmierci chorej/go zobowiązuję się zająć sprawami związanymi z pochówkiem.

……………………………….. ……………………………..

Miejscowość i data podpis

\* Oświadczenie wypełnia się przy kierowaniu chorego do hospicjum stacjonarnego