

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Nr księgi głównej

Caritas Archidiecezji Warmińskiej
Hospicjum Domowe Stacja Opieki Caritas
ul. Kościuszki 86
10-555 Olsztyn

Oświadczenie pacjenta lub opiekuna

Oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany(-na), że choroba jest nieuleczalna oraz, że wyjaśniono mi zasady udzielania świadczeń w Hospicjum Domowym Caritas w Olsztynie.

Zostałem(-am) poinformowany(-na), że pacjenci korzystający z opieki Hospicjum Domowego Caritas nie mogą korzystać ze świadczeń innych podmiotów posiadających podpisaną umowę z NFZ np.: rehabilitacja domowa, tlenoterapia domowa, poradnia bólu, itp.

Zostałem(-am) poinformowany(-na), że pracownicy Hospicjum nie zajmują się diagnozowaniem i leczeniem przyczynowym choroby, a jedynie objawów towarzyszących – związanych z jej występowaniem

Zostałem(-am) poinformowany(-na), że Hospicjum nie ponosi odpowiedzialności za niekonwencjonalne metody leczenia stosowane przez pacjenta i rodzinę

Od tej pory wszystkie decyzje medyczne podejmowane będą w porozumieniu z zespołem Hospicjum Domowego Caritas.

data

podpis