



Załącznik nr 4

OŚWIADCZENIE

korzystanie z pielęgniarskiej opieki długoterminowej, rehabilitacji domowej lub opieki środowiskowej

Nazwisko i imię pacjenta

PESEL

Adres zamieszkania

.....

Ja niżej podpisana/y oświadczam że:

1. Korzystałam/em z pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w roku finansowanej z NFZ

- NIE
 TAK

Jeżeli TAK proszę podać: w jakim okresie

nazwa placówki:

.....

2. Korzystam z usług w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w innej placówce

- NIE
 TAK

3. Jestem objęta/y opieką paliatywną i hospicyjną finansowaną z NFZ

- NIE
 TAK

4. Występując o:

- pielęgniarską domową opiekę długoterminową
 rehabilitację w warunkach domowych
 opiekę środowiskową

jestem świadoma/y, że w okresie jej trwania nie mogę korzystać z usług wyżej wymienionych w ramach innego projektu współfinansowanego przez UE ze środków EFS lub w innej placówce finansowanej z NFZ.

5. Zobowiązuję się w okresie uczestnictwa w projekcie do niezwłocznego informowania CM „Zdrowie” o wszelkich zmianach leczenia pacjenta tj. pobycie w szpitalu, sanatorium, opiece paliatywnej, chemioterapii oraz objęcia opieką finansowaną przez NFZ.

Informacje proszę przekazywać :

- bezpośrednio lub telefonicznie pielęgniarce opieki długoterminowej domowej

- telefonicznie do CM „Zdrowie” / 41 / 343-01-95

- e-mail – opiekadlugoterminowa@zdrowiekielce.com

6. Jestem świadoma/y, że w przypadku podania nieprawdziwych informacji zostaną obciążona/y 100% odpłatnością za świadczone usługi medyczne oraz wszelkimi kosztami jakie poniesie CM „Zdrowie” w związku z niedopełnieniem przeze mnie obowiązku informacyjnego.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu*