



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. Chory/chora niesamodzielny korzystał/ła z pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w roku ..... finansowanej z NFZ

- NIE  
 TAK

Jeżeli TAK proszę podać: w jakim okresie .....

nazwa placówki: .....

2. Chory/chora korzysta z usług w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w innej placówce

- NIE  
 TAK

3. Chory/chora jest objęty/a 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 chory/chora nie może 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 – a.ksel@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 chorego lub opiekuna prawnego