

OŚWIADCZENIE

korzystanie z pielęgniarstwa długoterminowego lub rehabilitacji domowej

Nazwisko i imię pacjenta

PESEL

Adres zamieszkania

Ja niżej podpisana/y oświadczam że:

1. Korzystałam/em z pielęgniarstwa długoterminowego domowego/rehabilitacji domowej w roku finansowanej z NFZ

- NIE
 TAK

Jeżeli TAK proszę podać: w jakim okresie

nazwa placówki:

2. Korzystam z usług w zakresie pielęgniarstwa długoterminowego domowego w innej placówce

- NIE
 TAK

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

- NIE
 TAK

4. Jestem objęta/y rehabilitacją domową finansowaną z NFZ

- NIE
 TAK

5. Występując o:

- pielęgniarstwo domowe długoterminowe
 rehabilitację w warunkach domowych

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, MOPR/GOPS.

6. 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 – opiekadlugoterminowa5@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