



Hospicjum Felicjanek

IM. BŁ. HANNY CHRZANOWSKIEJ

ul. Nowowiejska 10a, 00-653 Warszawa | tel: 22 6219228 | e-mail: info@hospicjumfelicjanek.pl

OŚWIADCZENIE

osoby bliskiej opiekującej się chorym

Imię i nazwisko osoby bliskiej

Stopień pokrewieństwa.....

Telefon kontaktowy

Imię i nazwisko chorego

1. Jestem świadoma/y nieuleczalności choroby mojej bliskiej osoby, którą pragnę umieścić w Hospicjum Sióstr Felicjanek im. bł. Hanny Chrzanowskiej w Warszawie.
2. Zostałam/em poinformowana/y, że odstąpiono od diagnostyki i leczenia przyczynowego osoby chorej, a dalsza opieka ma charakter leczenia objawowego. Ponadto zostałam/em poinformowana/y o nieprzedłużaniu życia chorego za wszelką cenę tj. o niewykonywaniu reanimacji lub resuscytacji w sytuacji zagrożenia życia.
3. W przypadku zgonu chorego wyrażam zgodę na odstąpienie od wykonania sekcji zwłok.

(dotyczy Hospicjum Stacjonarnego)

4. Po śmierci chorego zobowiązuję się do zajęcia się sprawami związanymi z pochówkiem. Ze względu na brak chłodzi w Hospicjum Sióstr Felicjanek, po śmierci mojej bliskiej osoby proszę skontaktować się ze wskazanym przeze mnie zakładem pogrzebowym. Jednocześnie zobowiązuję się do wcześniejszego zawiadomienie wskazanego poniżej zakładu pogrzebowego o możliwości korzystania z jego usług.

Nazwa i numer telefonu do wybranego zakładu pogrzebowego.....

..... ***(dotyczy Hospicjum Stacjonarnego)***

5. Zostałam/em poinformowana/y, że zgodnie z dokumentem: Zarządzenie nr 54/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 maja 2024 r. hospicjum jest zobowiązane do cyklicznej kwalifikacji do dalszej opieki hospicyjnej co oznacza, że w przypadku niespełnienia przesłanek do dalszego pobytu w hospicjum w dniu badania, pacjent będzie wypisany z hospicjum **(w związku z powyższym opiekun zobowiązuje się odebrać w umówionym dniu pacjenta do godziny 12:00 - dotyczy Hospicjum Stacjonarnego)**
6. Oświadczam, że Pan/Pani
w czasie pobytu w **Hospicjum Stacjonarnym** nie będzie korzystał/a (pod rygorem kar finansowych) z innych świadczeń leczniczych:
- a) realizacji recept;
 - b) wizyty w POZ lub innych poradniach.
7. Oświadczam, że Pan/Pani
w czasie pobytu w **Hospicjum Domowym** nie korzysta obecnie i nie będzie korzystał/a (pod rygorem kar finansowych) z następujących świadczeń refundowanych przez NFZ:
- a) rehabilitacja;
 - b) tlenoterapia;
 - c) pomoc psychologa.

Powyższe świadczenia w razie konieczności zapewnia **Hospicjum Domowe** na zlecenie lekarza hospicyjnego.

Warszawa,
miejscowość i data

.....
podpis