

.....
(miejscowość i data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(PESEL)

.....
(miejsce zamieszkania)

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że obecnie nie korzystam z długoterminowej opieki pielęgniarstwa.

.....
(podpis pacjenta/opiekuna prawnego)

.....
miejscowość i data

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
tel. kontaktowy

ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez pielęgniarkę opieki długoterminowej

.....
(nazwa i adres zakładu opieki zdrowotnej)

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w

.....
podpis pacjenta lub faktycznego opiekuna