

..... dnia..... r.

.....
Oznakowanie Oddziału

.....
Imię i nazwisko Pacjenta/Numer wykazu głównego

OŚWIADCZENIE
dotyczące wskazania osoby sprawującej nad pacjentem dodatkową opiekę pielęgnacyjną

Ja, niżej podpisany(a), jako osobę, która ma sprawować dodatkową opiekę pielęgnacyjną w dniu:
.....w godzinach.....wskazuję

.....
(Imię i nazwisko osoby sprawującej dodatkową opiekę pielęgnacyjną/stopień pokrewieństwa)

Oświadczenie niniejsze zostaje złożone w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden otrzymuje składający powyższe oświadczenie, a drugi otrzymuje personel ww. oddziału szpitalnego.

.....
Podpis osoby zgłaszającej potrzebę sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej

Zostałem/am poinformowany/a o:

- dopuszczalnym zakresie opieki i ewentualnych zagrożeniach medycznych dla pacjenta, mogących wynikać z przekroczenia zakresu czynności objętych opieką,
- konieczności przestrzegania Regulaminu Odwiedzin w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o.

.....
Podpis osoby wskazanej do sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej

.....
Podpis i pieczęć osoby przyjmującej oświadczenie