***OŚWIADCZENIE***

 **osoby bliskiej** / **opiekuna prawnego\***

Ja niżej podpisana/y……………………………………………………

Stopień pokrewieństwa………………………………………………...

Dokładny adres…………………………………………………………

Seria i Nr dowodu osobistego………………………………………….

Telefon kontaktowy…………………………………………………….

PESEL………………………………………………………………….

Zapoznałam/em się z Regulaminem ODL Caritas AW i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Jestem świadoma/y nieuleczalności mojej bliskiej osoby ……………………………………………....., którą pragnę umieścić w hospicjum.

Zostałam/em poinformowana/y, że odstąpiono od diagnostyki i leczenia przyczynowego, a dalsza opieka ma charakter leczenia objawowego, a także o nie przedłużaniu życia za wszelką cenę (reanimacja, resuscytacja).

W przypadku zgonu chorego z rozpoznaną chorobą nowotworową wyrażam zgodę na odstąpienie od wykonania sekcji zwłok.

Po ewentualnej śmierci chorej/go zobowiązuje się zająć sprawami związanymi z pochówkiem.

…………………………… ……………………...

Miejscowość i data podpis

\*Oświadczenie wypełnia się przy kierowaniu chorego do hospicjum stacjonarnego