

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

.....
czytelny podpis imię i nazwisko

*Oświadczenie wypełnia się przy kierowaniu chorego do hospicjum stacjonarnego