

Pasłęk, dnia.....

.....
imię i nazwisko członka rodziny/przedstawiciela ustawowego

dowód osobisty nr..... seria.....

Pesel.....

.....
adres zamieszkania

.....
Nr telefonu

OŚWIADCZENIE **Członka rodziny/przedstawiciela ustawowego**

Ja, niżej podpisany/a ,
Jako członek rodziny/ przedstawiciel ustawowy/ opiekun prawny, faktyczny,/ kurator

Wyrażam zgodę na umieszczenie pana/pani

.....
imię i nazwisko pacjenta/ki

Pesel:,

zamieszkały/a.....
w ZOL w Pasłęku, począwszy od wyznaczonego dnia przyjęcia.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany/a o tym, że:

1. Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Pasłęku jest **zakładem opiekuńczo-leczniczym/ zakładem opiekuńczo-leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie;**
2. W zakładzie opiekuńczo- leczniczym **nie ma obowiązku całodobowej obecności lekarza** i lekarz jest dostępny w określone dni i godziny;
3. W zakładzie opiekuńczo-leczniczym opiekę całodobową nad pacjentem pełnią pielęgniarki i opiekunki medyczne;
4. W zakładzie opiekuńczo-leczniczym świadczenia rehabilitacyjne dotyczą **ogólnej rehabilitacji w podstawowym zakresie celem zminimalizowania ryzyka powikłań będących następstwem długotrwałego unieruchomienia: zmniejszenia skutków unieruchomienia oraz usprawniania ruchowego** zgodnie ze stanem zdrowia pacjenta;
5. Zobowiązuje się na bieżąco opłacać koszty zakwaterowania i wyżywienia pacjenta, w wysokości określonej przez kierownika Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy w Pasłęku.
6. Zgodnie z ustawą pacjent przebywający w zakładzie opiekuńczo-leczniczym ponosi **odpłatność w zakresie kosztów wyżywienia i zakwaterowania** w wys. 70% udokumentowanego świadczenia pacjenta, ale nie większą niż 250% najniższej emerytury;
7. Pobyt pacjenta w zakładzie opiekuńczo-leczniczym jest okresowy i po zakończeniu udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych jestem zobowiązany do zapewnienia pacjentowi dalszej opieki.
8. Zostałem poinformowany/a, że na czas pobytu w ZOL-u nie przysługuje dodatek pielęgnacyjny.
9. Jako członek rodziny/ przedstawiciel ustawowy/ opiekun prawny, faktyczny,/ kurator wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie przez Szpital Powiatowy Sp. z o.o. w Pasłęku danych osobowych w/w pacjenta w celach związanych z realizowaniem świadczeń zdrowotnych i rozliczaniem wykonanych usług, zgodnie z zasadami przetwarzania i ochrony danych na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w sprawie swobodnego przepływu takich danych (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), a także zgodnie z innymi przepisami prawa powszechnie obowiązującego, które chronią prawa osób, których dane dotyczą.
10. Kierownik ZOL-u informuje, że zakład nie odpowiada za rzeczy prywatne pozostawione w oddziale.

.....
czytelny podpis członka rodziny/ przedstawiciela ustawowego,
stopień pokrewieństwa

Potwierdzam oryginalność podpisu:

.....
data i podpis pracownika przyjmującego