

Dnia

.....
Imię i nazwisko

.....
adres

.....
nr telefonu

Oświadczenie o zobowiązaniu do odebrania pacjenta z ZOL

Niniejszym zobowiązuję się do odebrania, po zakończeniu procesu leczenia w ZOL, pacjenta..... w terminie określonym przez lekarza ZOL, pod rygorem wszczęcia procedury, o której mowa w art. 30 ustawy o działalności leczniczej.

Zostałem poinformowany o tym, że czas pobytu pacjenta w ZOL jest podyktowany względami medycznymi zgodnie z art. 29 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku, stwierdzonymi przez lekarza, na mocy decyzji Kierownika ZOL.

Wypisanie pacjenta z ZOL następuje:

1. gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w ZOL
2. na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego
3. gdy pacjent w sposób rażąco narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia innych osób.

Zostałem również poinformowany o tym, że pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu ZOL, lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, w przypadku nie odebrania pacjenta, ponoszą koszty pobytu pacjenta, począwszy od terminu określonego przez kierownika, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w przepisach odrębnych.

.....
Imię i nazwisko