

OŚWIADCZENIE
PACJENTA LUB OSOBY BLISKIEJ
OPIEKUJĄCEJ SIĘ CHORYM

Ja niżej podpisana/y:.....

Stopień pokrewieństwa:.....

Seria i numer dowodu osobistego:.....

PESEL:

Telefon kontaktowy:.....

Jestem świadoma/y nieuleczalności choroby mojej bliskiej osoby:

.....

którą pragnę umieścić w hospicjum.

Zostałam/łem poinformowany, 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 proszę o odstąpienie od wykonania sekcji zwłok.

Po śmierci chorej/go zobowiązuję się, zająć sprawami związanymi z pochówkiem.

*Oświadczenie wypełnia się przy kierowaniu chorego do hospicjum stacjonarnego