***OŚWIADCZWENIE***

 **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 zobowiązuje 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, resuscytacj).

W przypadku zgonu chorego z rozpoznaną chorobą nowotworową proszę o odstąpienie 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