

Oświadczenie

Ja niżej podpisany

.....
Stopień pokrewieństwa:

.....
Adres:

.....
Telefon kontaktowy/ e-mail:

.....
Jestem świadomy nieuleczalności choroby mojej bliskiej
osoby:.....

....., którą
pragnę umieścić w Hospicjum:W
..... Zostałem poinformowany,
że:

- odstąpiono od diagnostyki i leczenia przyczynowego
- dalsza opieka ma charakter leczenia objawowego
- ze względu na rozsiew nowotworowy nie będą podejmowane działania reanimacyjne.

W przypadku zgonu chorego, proszę o odstąpienie wykonania sekcji zwłok z uwagi na znaną przyczynę zgonu

(.....).

Po ewentualnej śmierci zobowiązuje zająć się sprawami związanymi z pochówkiem.

miejsowość i data

czytelny podpis

Zgoda pacjenta/opiekuna

Nazwisko i imię

.....
Adres:.....

.....
Seria i nr Dowodu

Osobistego.....

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na pobyt w Hospicjum:

.....
Miejscowość, data

czytelny podpis