

Data

Oświadczenie

Oświadczam, że stan zdrowia

(imię, nazwisko, pokrewieństwo)

utrudnia wykonanie czynności dotyczącej samodzielnego złożenia podpisu/ uniemożliwia składanie podpisu*.

Jednocześnie informuję, że jestem osobą sprawującą bezpośrednią opiekę dla w/w.

imię i nazwisko

pesel

W związku z powyższym będę potwierdzać świadczenia wykonywane przez pielęgniarkę.

Podpis osoby opiekującej się pacjentem

wzór parafki

Podpis i pieczęć lekarza

.....

Podpis i pieczęć pielęgniarki

.....

*/ niewłaściwe skreślić