



ZGODA I ZOBOWIĄZANIE RODZINY/OPIEKUNÓW DO WSPÓŁPRACY W PRZYGOTOWANIU PACJENTA DO TRANSPORTU

Ja (Imię i nazwisko)
w imieniu swoim oraz rodziny/opiekunów osoby (Imię i nazwisko)
.....
ubiegającej się o przyjęcie do Dniennego Domu Opieki Medycznej wyrażam zgodę i składam
zobowiązanie do współpracy ze SCM w przygotowaniu wyżej wymienionego pacjenta do
transportu z miejsca zamieszkania do DDOM i z powrotem do miejsca zamieszkania.

Tym samym oświadczam, że zostałem poinformowany, że bezpłatny transport pacjenta z miejsca
zamieszkania do DDOM i z powrotem do miejsca zamieszkania jest organizowany przez SCM
w przypadku znacznej niepełnosprawności ruchowej tj. w przypadku gdy Pacjent nie będzie mógł
samodzielnie lub przy wsparciu rodziny/opiekunów dotrzeć do DDOM i wrócić do miejsca
zamieszkania.

.....
data, miejscowość

.....
czytelny podpis pacjenta

.....
data, miejscowość

.....
czytelny podpis członka rodziny/opiekuna