

OŚWIADCZENIE
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.

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis