

OŚWIADCZENIE PACJENTA UPOWAŻNIENIE DLA OSOBY TOWARZYSZĄCEJ
(Zgodnie z art. 21 ust. 1 i 2 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)

Ja, niżej podpisany/a (imię i nazwisko pacjenta):,

.....,

przebywający/a w (nazwa placówki / oddziału):,

.....,

Oświadczam, że: **Wskazuję i upoważniam przedstawiciela / wolontariusza Fundacji "Ostatnia Warta":**

Pana/Panią (imię i nazwisko wolontariusza):

.....

do przebywania przy mnie, towarzyszenia mi i sprawowania nade mną opieki wspierającej (niemedycznej) w trakcie mojego pobytu w placówce leczniczej/opiekuńczej.

Jednocześnie wyrażam zgodę, aby w celu zapewnienia ciągłości wsparcia, wyżej wymieniony wolontariusz mógł udzielać dalszych upoważnień (prawa substytucji) innym zweryfikowanym wolontariuszom Fundacji „Ostatnia Warta”. Wolontariusz zastępujący musi legitymować się pisemnym upoważnieniem od wolontariusza głównego lub Koordynatora Fundacji.

Ponadto oświadczam, że obecność wyżej wymienionych osób jest dla mnie ważna ze względów psychologicznych, społecznych i emocjonalnych oraz łagodzi mój stres związany z pobytym w placówce.

Upoważnienie to nie obejmuje prawa do wyrażania zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych ani wglądu do dokumentacji medycznej.

.....

(Miejscowość i data)

.....

(Czytelny podpis Pacjenta)