OŚWIADCZENIE OSOBY BLISKIEJ / OPIEKUNA PRAWNEGO UPOWAŻNIENIE DLA OSOBY TOWARZYSZĄCEJ

(Na podstawie przepisów Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)

Ja, niżej podpisany/a (imię i nazwisko osoby upoważniającej): .....,

.....,

numer PESEL: .....

Oświadczam, że jestem osobą bliską (stopień pokrewieństwa): .....

/ przedstawicielem ustawowym / opiekunem prawnym pacjenta:

Pana/Pani (imię i nazwisko pacjenta): .....,

.....,

przebywającego/ej w (nazwa placówki / oddziału): .....

.....

Z uwagi na stan zdrowia pacjenta, uniemożliwiający mu samodzielne wyrażenie woli, działając w trosce o jego dobrostan psychiczny, społeczny i emocjonalny, **wskazuję i upoważniam wolontariusza Fundacji "Ostatnia Warta":**

Pana/Panią (imię i nazwisko wolontariusza): .....

.....

do przebywania przy pacjencie, czuwania oraz sprawowania opieki wspierającej (niemedycznej) w trakcie jego pobytu w placówce leczniczej/opiekuńczej.

Jednocześnie wyrażam zgodę, aby w celu zapewnienia ciągłości wsparcia pacjenta, 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.

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

....

(Miejscowość i data) *(Czytelny podpis Pacjenta)*