

**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 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. 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.

.....
Data i podpis Osoby Bliskiej / Opiekuna Prawnego: