



# SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ

PA/PP10/352

Zarządzenie Nr  
z dnia

## PROCEDURA AKREDYTACYJNA

Szpital Specjalistyczny w Zabrze Sp. z o.o.

Strona 1/1

Wydanie 3

Załącznik nr 3

### OŚWIADCZENIE OSOBY BLISKIEJ SPRAWUJĄCEJ OPIEKĘ NAD PACJENTEM HOSPITALIZOWANYM W Szpitalu Specjalistycznym w Zabrze Sp. z o. o.

PESEL pacjenta .....

Nr Księgi Głównej .....

Nazwisko i Imię pacjenta .....

.....

Imię i nazwisko osoby bliskiej sprawującej opiekę

Oświadczam, że zostałam/em poinformowany o możliwości sprawowania opieki nad osobą hospitalizowaną w oddziale

.....

Zostałam/em zapoznana/y z :

- Regulaminem Oddziału
- Regulaminem sprawowania opieki nad osobą

Zrozumiałem i zobowiązuję się do przestrzegania wszystkich obowiązujących zasad sprawowania opieki

.....

Czytelny podpis osoby sprawującej opiekę

.....

Pieczętka i podpis osoby przyjmującej oświadczenie