Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „DDOM przy Szpitalu Geriatrycznym im. J.P. II w Katowicach”

**Oświadczenie o braku wyłączenia z możliwości korzystania z usług dziennego domu opieki medycznej oraz Oświadczenie o posiadaniu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.**

Ja (Imię i nazwisko)………………………………………………..…………………………………………………………………………

deklaruję chęć przystąpienia do projektu „DDOM przy Szpitalu Geriatrycznym im. J.P. II
w Katowicach” i tym składam następujące oświadczenia:

1. Oświadczam, że nie jestem wyłączony z możliwości korzystania z usług dziennego domu opieki medycznej tj.:
	1. nie korzystam ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych
	i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz
	w warunkach stacjonarnych,
	2. podstawowym wskazaniem do objęcia mnie opieką w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej nie jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie tj. nie korzystam ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.
2. Oświadczam, że posiadam prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| DATA | CZYTELNY PODPIS PACJENTA |