



Gdańsk, dnia .....

## CZASOWA REZYGNACJA Z WIZYTY HOSPICYJNEJ W DOMU PACJENTA

Ja, niżej podpisana/ny: .....  
(imię i nazwisko pacjenta lub pacjenta małoletniego)

PESEL

z uwagi na sytuację epidemiologiczną związaną z koronawirusem SARS-CoV-2 oświadczam, że czasowo rezygnuję z bezpośrednich wizyt personelu Hospicjum im. ks. Eugeniusza Dutkiewicza SAC z Gdańska, a w szczególności z:

(odpowiednie zaznaczyć)

- wizyt lekarza prowadzącego;
- wizyt pielęgniarki;
- wizyt pozostałych członków zespołu opiekującego się (fizjoterapeuty, psychologa, kapelana, pracownika socjalnego).

Jednocześnie mam świadomość, że:

- wizyty bezpośrednio w domu pacjenta zostaną przywrócone w sytuacjach tego wymagających;
- pielęgniarka jest zobowiązana do wykonania minimum dwóch konsultacji telefonicznych w tygodniu i opisanie ich w dokumentacji medycznej, a w razie potrzeby wykonania wizyty w domu pacjenta;
- lekarz jest zobowiązany do wykonania minimum dwóch konsultacji telefonicznych w miesiącu i opisanie ich w dokumentacji medycznej, a w razie potrzeby wykonania wizyty w domu pacjenta.

.....  
(podpis pacjenta lub rodzica / opiekuna prawnego - w przypadku pacjenta małoletniego)