



Oświadczenie o braku wyłączenia z możliwości korzystania z usług
Dziennego Domu Opieki Medycznej w Ostrowcu Świętokrzyskim

Ja (imię i nazwisko)

..... oświadczam,

że nie jestem wyłączonej z możliwości korzystania z usług

Dziennego Domu Opieki Medycznej w Ostrowcu Świętokrzyskim;
nie korzystam ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń

pielęgniacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki

paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach

ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych,

1. 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.

.....
Data

.....
Podpis