**OŚWIADCZENIE**

osoby bliskiej opiekującej się osobą chorą

Ja niżej podpisana / podpisany………………………………………………………………………………….

Stopień pokrewieństwa ……………………………………………………………………………….…….……

Seria i numer dowodu osobistego …………………………………………………………………….…..…....

PESEL ……..……………………………………………..………………………………………………………..

Telefon kontaktowy ……………………………….…………………………………………………..………….

Jestem świadoma / świadomy nieuleczalności choroby mojej bliskiej osoby………………………….. , którą pragnę umieścić w Hospicjum Stacjonarnym w Głogowie.

Zostałam / zostałem poinformowany, że odstąpiono od diagnostyki i leczenia przyczynowego, a dalsza opieka ma charakter leczenia objawowego, a także o nie przedłużaniu życia za wszelką cenę (reanimacja, resuscytacja).

W przypadku zgonu osoby chorej z rozpoznaną chorobą nowotworową proszę o odstąpienie   
od wykonania sekcji zwłok.

Po śmierci osoby chorej zobowiązuję się zająć sprawami związanymi z pochówkiem.

……………………………………… …………………………………………………….

Miejscowość i data Podpis osoby składającej oświadczenie