

## Oświadczenie

Ja, niżej podpisany oświadczam, że stan ogólny pacjenta zgłoszonego do opieki w ZOL przy ZOZ w Gnieźnie jest zgodny z dostarczoną dokumentacją.

Przyjmuję do wiadomości, że stwierdzenie przez lekarza ZOL-u (podczas badania wstępnego) rozbieżności w stopniu znacznym, pomiędzy podanymi informacjami a stanem faktycznym pacjenta, może skutkować odmową przyjęcia go do Zakładu opiekuńczo-leczniczego przy ZOZ Gnieźnie

.....

\*(podpis )

- Wypełnia pacjent, rodzina lub opiekun prawny pacjenta