



Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie / DDOM działający w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej ETER-MED sp. z o.o. przy ulicy Żabi Kruk 10 w Gdańsku /

DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisany(a),

.....
(Imię i nazwisko uczestnika projektu)

zam.....
(adres zamieszkania: miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania, kod)

Telefon kontaktowy:

E-mail:

Nr PESEL uczestnika:

wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie pn. „**Projekt: Utworzenie i prowadzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej ETER-MED dla osób niesamodzielnych, przede wszystkim po 65 roku życia, które ze względu na wiek, czy niepełnosprawność potrzebują pomocy w codziennym funkcjonowaniu Nr POWR.05.02.00-00-0138/15**”, który jest realizowanym w ramach Działania 5.2 Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój oraz spełniam wymogi kwalifikacyjne związane z udziałem w projekcie.

Oświadczam, że:

- ✓ zapoznałem/am się i akceptuję treść Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie.
- ✓ dane podane w formularzu rekrutacyjnym, są zgodne z prawdą.
- ✓ lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych Zgodnie z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2008 nr 136 poz. 857 z późniejszymi zmianami),
- ✓ Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym
- ✓ O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego
- ✓ Powyższe zasady przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am, uzyskałem/-am również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia w moim przypadku,
- ✓ Leczenie, które mi zaproponowano będzie prowadzone z najwyższą starannością. Jeżeli jednak w trakcie jego trwania wynikną okoliczności uniemożliwiające kontynuację przyjętej koncepcji, przeanalizuję alternatywne możliwości i wspólnie z lekarzem zdecydujemy o leczeniu kompromisowym

Jednocześnie zobowiązuję się do:



| | |
|--|-----------------------------------------------------|
| | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
|--|-----------------------------------------------------|

Zostałem poinformowany:

- o istocie i technice zabiegów i planu dnia przewidzianym w DDOM,
- o zakresie pracy, który może różnić się od zaplanowanego, jeżeli w trakcie leczenia wynikną nieprzewidziane okoliczności,
- o konieczności utrzymywania prawidłowej higieny osobistej i zgłaszania się systematycznego na zajęcia w DDOM,
- o kosztach leczenia w przypadku braku dostarczenia do ośrodka DDOM niezbędnych akcesoriów higieny osobistej, które są niezbędne w prawidłowym sprawowaniu opieki i pielęgnacji,

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA
PROJEKTU**

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby nieposiadającej pełnej zdolności do czynności prawnych oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.