

**UMOWA Z PACJENTEM DOT. WYPISANIA ZE
SCHRONISKA DHS DO SCHRONISKA DHS DLA
SAMOTNYCH OSÓB DOROSŁYCH ORAZ PLACÓWEK
STREET SOLUTIONS**

WYŁĄCZNIE nowe skierowania

Nazwa placówki opieki
zdrowotnej: _____

Imię i nazwisko
pacjenta: _____

Imię i nazwisko pracownika
zajmującego się sprawą: _____

Ja, _____ zgadzam się na wypisanie ze
(imię i nazwisko pacjenta)

schroniska DHS lub Safe Haven. Wyjaśniono mi, że nie istnieje inna opcja wypisania w tym momencie lub odrzuciłem(-am) (w przypadku oferowania) poniższe zakwaterowanie:

Rozumiem, że większość schronisk i placówek Safe Havens nie oferuje opieki medycznej w placówce i nie ma 24-godzinnej opieki pielęgniarskiej. Rozumiem, że będę musiał(a) samodzielnie radzić sobie podczas wszystkich codziennych czynności.

Rozumiem także, że mogę uzyskać dostęp do systemu schronisk DHS bez ujawniania moich informacji medycznych. Mam prawo do otrzymania podpisanego egzemplarza niniejszego formularza.

Podpis przedstawiciela szpitala

Data

Podpis pacjenta

Data