

Aftale om tilsyn om natten.

Undertegnede: _____

Cpr.nr. : _____

Bolig nr.: _____

Jeg ønsker ikke tilsyn om natten, men er bekendt med at personalet vil foretage tilsyn, hvis jeg bliver syg eller svækket.

Dato

Beboers underskrift

Til vitterlighed om dateringens rigtighed og underskriftens ægthed og underskriverens myndighed.

Dato

Institutionens underskrift
(2 medarbejdere)

Undertegnede pårørende/værge bekræfter hermed aftalen om "Aftale om tilsyn om natten"

Pårørendes navn

Adresse

Tlf.nr.

Dato

Pårørendes/Værge underskrift