



## OŚWIADCZENIE OSOBY BIORĄCEJ POD OPIEKĘ PACJENTA NA CZASOWY POBYT POZA SZPITALEM

Ja niżej podpisana/y

.....

zamieszkała/y

.....

nr telefonu.....

odbieram pacjenta

**nazwisko**.....**imię**.....

i oświadczam, że przyprowadzę na oddział .....do szpitala w dniu.....o godzinie.....

Pacjent będzie przebywał/ła pod moją opieką w okresie czasowego zwolnienia ze szpitala,tj.:

od dnia .....godz.....do dnia .....godz.....

**Oświadczam, że:**

jestem członkiem rodziny w/w osoby\* – określić swój stopień pokrewieństwa – .....

w przypadku, gdy opiekun nie jest członkiem rodziny:

Jestem Osobą, która spełnia wszystkie poniższe wymagania\*:

- a) korzysta z pełni praw cywilnych i obywatelskich,
- b) nie była skazana za przestępstwo popełnione umyślnie,
- c) nie została pozbawiona praw rodzicielskich lub opiekuńczych,
- d) daje rękojmię należytego wykonywania obowiązków,
- e) ukończyła 24 lata, a w wyjątkowych przypadkach 21 lat, jeżeli posiada kwalifikacje lub doświadczenie życiowe wskazujące na przydatność w prowadzeniu działalności wychowawczej i resocjalizacyjnej.

.....  
*podpis osoby  
opiekuna Pacjenta*