

.....  
( miejscowość, data)

## OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA

.....  
(imię i nazwisko osoby odbierającej)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(telefon kontaktowy)

### **Niniejszym zobowiązuję się do odebrania pacjenta**

.....  
(imię i nazwisko pacjenta)

**po zakończonym pobycie w *Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim im. Św. Jana Pawła II*  
w *Siedlcach Sp. z o.o. Zakład Opiekuńczo-Lecznicy Rudka Al. Teodora Dunina 1,*  
*05-320 Mrozy w terminie wskazanym przez Zakład.***

Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany/a o tym, że okres pobytu pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy jest czasowy.

### **Wypisanie chorego z Zakładu następuje, gdy:**

- wystąpi brak wskazań medycznych do przebywania pacjenta w ZOL,
- stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego pobytu w ZOL i został oceniony w skali Barthel pow. 40 pkt,
- na żądanie osoby przebywającej w Zakładzie lub jej przedstawiciela ustawowego.

.....  
(podpis osoby odbierającej)