

Kontakt w sprawie przyjęcia pacjenta

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres: kod, miejscowość, ulica)

.....
(telefon: stacjonarny, komórka)

.....
(miejscowość, data)

WNIOSEK

Zwracam się o przyjęcie
(nazwisko i imię pacjenta)

Zamieszkały/a
(adres: kod, miejscowość, ulica)

do

.....
(czytelny podpis osoby ubiegającej
się o przyjęcie do Zakładu lub opiekuna.
Proszę podać stopień pokrewieństwa)

Do wniosku należy dołączyć:

1. Zgodę na ponoszenie opłaty za pobyt w Zakładzie (*oświadczenie o płatności*),
2. Zobowiązanie się członków rodziny /MOPS/MOPR do odebrania pacjenta po zakończeniu pobytu w Zakładzie (*oświadczenie o odbiorze pacjenta*),
3. Zaświadczenie lekarskie stwierdzające konieczność całodobowej opieki i pielęgnacji bez potrzeby hospitalizacji (*zaświadczenie lekarskie*),
4. Wywiad pielęgniarzki przeprowadzony przez pielęgniarkę (*wywiad pielęgniarzki*),
5. Skalę Barthel wypełnioną przez pielęgniarkę (*karta kwalifikacji pacjenta do udzielania świadczeń w ZOL/ZOP*),
6. Dokument stwierdzający wysokość dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu – dokumenty w oryginale i kopii (*aktualna decyzja ZUS, KRUS, MOPS, MOPR*),
7. Informację o lekarzu rodzinnym (imię i nazwisko) wraz z dokładnym adresem przychodni w której przyjmuje,
8. Dokumentację medyczną pacjenta (wypisy ze szpitala, informacje o przebytych chorobach).
9. Kserokopię dowodu osobistego.