

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(PESEL i nr dowodu osobistego)

## **WNIOSEK o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego**

Proszę o przyjęcie ..... do Zakładu Opiekuńczo –  
leczniczego w Sokołowsku / Rościszowie ze względu na stan zdrowia wymagający  
całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji  
leczenia, a nie wymagający hospitalizacji w oddziale szpitalnym.

Równocześnie oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na ponoszenie odpłatności związanych z kosztami pozamedycznymi:  
zakwaterowaniem i wyżywieniem w wys. 70% z mojego świadczenia (renta, emerytura,  
zasilek, itp.) oraz zobowiązuje się do dobrowolnego uiszczenia różnicy należności  
wynikającej z odrębnej umowy na mocy Zarządzenia Prezesa Spółki.
2. Jestem ubezpieczony w NFZ Oddział w .....
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Spółkę „Sanatoria  
Dolnośląskie” w związku z przyjęciem do Zakładu oraz rozliczaniem z NFZ.
4. Zobowiązuję się do opuszczenia Zakładu po upływie przeznaczonego terminu pobytu lub  
od momentu nie spełnienia przeze mnie warunków uprawnionych do leczenia w ZOL.

Osoby do kontaktu (stopień pokrewieństwa):

- 1..... Tel. ....
- 2..... Tel. ....
- 3..... Tel. ....
- 4..... Tel. ....

Do wniosku dołączam:

1. Informację dla Pacjenta ubiegającego się o przyjęcie do ZOL i jego rodziny
2. Wniosek o wydanie skierowania do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego

3. Skierowanie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego wydane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
4. Karta Oceny Świadczeniodawcy wg skali Bathel
5. Zaświadczenie lekarskie
6. Zaświadczenie lekarza psychiatry / opinia lekarza prowadzącego na oddziale szpitalnym.
7. Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie
8. Dokument potwierdzający wysokość dochodu
9. Oświadczenie – zgodę na potrącanie opłaty za pobyt
10. Kserokopię dowodu osobistego
11. Wypisy ze szpitala
12. Wyniki badań
13. ....

.....  
(podpis ubiegającego się o przyjęcie do ZOL/  
opiekuna faktycznego/przedstawiciela ustawowego)

**Opinia lekarza Spółki „Sanatoria Dolnośląskie” kwalifikującego do przyjęcia do Zol w Rościszowie/Sokołowsku:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Data

Podpis i pieczęć lekarza

.....

.....