

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

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

WNIOSEK o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego

Proszę o przyjęciedo 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,
zasiłek, 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. Wypisy ze szpitala
11. Wyniki badań
12.

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

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

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

Data

Podpis i pieczęć lekarza

.....

.....