

Kontakt w sprawie przyjęcia pacjenta

.....
(imię i nazwisko)

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

.....
(telefon: stacjonarny komórka)

Wniosek
do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego
dla pacjentów Wentylowanych Mechanicznie
78-400 Szczecinek ul. T. Kościuszki 38

DANE ŚWIADCZENIOBIORCZ:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....
Oddział NFZ

.....
Miejscowość, data

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

Do wniosku należy dołączyć:

1. Wywiad pielęgniarzki i zaświadczenie lekarskie,
2. Karta kwalifikacji pacjenta wydana przez lekarz anestezjologa
3. Skale Barthel wypełnioną przez pielęgniarzkę (karta kwalifikacji pacjenta do udzielania świadczeń w Z OL/ZOP),
4. Skalę Glasgow,
5. Dokument stwierdzający wysokość dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie do
6. Zakładu - dokumenty w oryginale i kopii (aktualna decyzja ZUS, KRUS, MOPS, MOPR),
7. Zgodę na ponoszenie opłaty za pobyt w Zakładzie (oświadczenie o płatności),
8. Zobowiązanie się członków rodziny /MOPS/MOPR do odebrania pacjenta po zakończeniu pobytu w Zakładzie (oświadczenie o odbiorze pacjenta),
9. Dokumentację medyczną pacjenta (wypisy ze szpitala, informacje o przebytych chorobach).