

Chorzów, dnia.....

**Wniosek o przyjęcie do Zakładu Leczniczo – Opiekuńczego BetaMed S.A Medical Active Care w Chorzowie ul. Raclawicka 20 a**

1. Nazwisko i imię .....
2. Adres zameldowania .....
3. Adres do korespondencji .....
4. Data i miejsce urodzenia .....
5. Imiona rodziców .....
6. Dowód osobisty seria ..... numer ..... PESEL.....
7. Nr legitymacji ZUS .....
8. Stan cywilny .....
9. Powód przyjęcia .....
- .....
- .....
10. Nazwisko i imię osoby sprawującej opiekę .....
- Stopień pokrewieństwa .....
- Adres i nr tel. ....

**11. Wyrażam zgodę na odpłatność w wysokości 70% dochodu zgodnie z obowiązującymi przepisami**

- Dz. U. z 2004r. Nr.210, poz.2135 oraz Dz.U. z 2004 r. Nr.64, poz. 593 – w Zakładzie Leczniczo-Opiekuńczym i akceptuję potrącenie opłaty za pobyt z otrzymanego świadczenia.

Do wniosku dołączam:

- Skierowanie i Zaświadczenie Lekarskie stwierdzające wymóg całodobowej pielęgnacji;
- Wywiad pielęgniarski;
- Skalę oceny świadczeniobiorcy – skala Barthel;
- Dokumenty stwierdzające wysokość dochodu (decyzja organu emerytalno-rentownego ustalająca wysokość przyznanych świadczeń) – do wglądu;
- Oświadczenie o wysokości dochodu;
- Karta NFZ;
- Kserokopie kart informacyjnych z leczenia szpitalnego;
- W przypadku ubezwłasnowolnienia – kserokopia postanowienia sądowego;
- Kserokopia pełnomocnictwa do reprezentowania pacjenta.

\*Niepotrzebne skreślić

.....  
data wpływu – wypełnia pracownik .....  
..... podpis osoby świadczeniobiorcy/opiekuna\*

.....  
podpis pracownika przyjmującego wniosek

12. Jednocześnie zgodnie z art. 24 ust. 1z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2015r. poz. 2135, 2281, z 2016r. poz. 195, 667.) oświadczam, że zostałem poinformowany iż:

- administratorem moich danych osobowych jest BetaMed S.A, z siedzibą w Katowicach, przy ul. Mikołowskiej 100A/802, zwana dalej Spółką;
- moje dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych przez Spółkę i nie będą udostępniane innym odbiorcom;
- posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawienia.

.....  
Podpis świadczeniobiorcy/opiekuna faktycznego/opiekuna prawnego\*

13. Kwalifikacja pacjenta do ZOL w BetaMed S.A. Medical Active Care w Chorzowie -  
ul. Raławicka 20a.

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

.....  
data, podpis Lekarza ZOL

\*Niepotrzebne skreślić