

Chorzów dnia.....

**Wniosek o przyjęcie do Zakładu Leczniczo - Opiekuńczego dla Dorosłych Wentylowanych Mechanicznie
BetaMed S.A. Medical Active Care w Chorzowie ul. Raławicka 20a.**

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 2004r. Nr.64, poz. 593 – w Zakładzie Leczniczo-Opiekuńczym dla dorosłych wentylowanych mechanicznie i akceptuję potrącanie opłaty za pobyt z otrzymywanego świadczenia.

Do wniosku dołączam:

- Skierowanie i Zaświadczenie lekarskie stwierdzające wymóg całodobowej pielęgnacji
- Wywiad pielęgniarzski
- Skalę oceny świadczeniobiorcy- skalę Barthel
- Dokumenty stwierdzające wysokość dochodu (decyzja organu emerytalno-rentowego 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. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U .z 2015 r. poz. 2135, 2281, z 2016 r. poz. 195, 677.) oświadczam, że zostałem poinformowany przez 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 poprawiania.

.....
podpis świadczeniobiorcy/opiekuna faktycznego/opiekuna prawnego*

13. Kwalifikacja pacjenta do ZOL dla dorosłych wentylowanych mechanicznie w Medical Active Care w Chorzowie ul. Raclawicka 20a.

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

.....

data, podpis Lekarza ZOL

*niewłaściwe skreślić