

.....  
Miejscowość, data

**Wniosek o przyjęcie do Zakładu Leczniczo - Opiekuńczego dla Dorosłych Wentylowanych Mechanicznie  
BetaMed S.A. Medical Active Care w Chorzowie ul. Raclawicka 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 pielęgniarski
- 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, ksero dowodu osobistego, ksero legitymacji ZUS
- Kserokopie kart informacyjnych z leczenia szpitalnego
- W przypadku ubezwłasnowolnienia – kserokopia postanowienia sądowego
- W przypadku braku możliwości wyrażenia świadomej zgody na pobyt – zgoda Sądu na umieszczenie.
- Zaświadczenie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego ( o ile jest ustanowiony ).

\*Niepotrzebne skreślić

.....  
data wpływu- wypełnia pracownik

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

.....  
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