

.....
Miejscowość, data

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

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

.....

data, podpis Lekarza ZOL

*niewłaściwe skreślić