

**Wniosek o przyjęcie do Zakładu Leczniczo - Opiekuńczego dla Dorosłych Wentylowanych Mechanicznie  
BetaMed S.A. Medical Activ 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 telefonu

---

**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 pielęgniarzki

Skalę oceny świadczeniobiorcy - skalę Barthel

Karta NFZ, ksero dowodu osobistego , ksero legitymacji ZUS

Oświadczenie o wysokości dochodu

Dokumenty stwierdzające wysokość dochodu ( decyzja organu emerytalno-rentowego ustalająca wysokość przyznanego świadczeń ) - do wglądu

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 )

\_\_\_\_\_  
data wpływu - wypełnia pracownik

\_\_\_\_\_  
podpis świadczeniobiorcy / opiekuna faktycznego / / opiekuna prawnego \*

\_\_\_\_\_  
podpis pracownika przyjmującego wniosek

12. Jednocześnie zgodnie z art.. 24 ust. I ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych ( tekst jednolity: Dz. U. z 2015r. Poz. 2135, 2281, z 2016r. Poz. 195 , 677.) oświadczam, że zostałem poinformowany przez iż :

- administratorem danych osobowych jest BetaMed S.A. z siedzibą w Katowicach ul. Mikołowska 100A / 802 , zwana dalej Spółką
- 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 BetaMed S.A. Medical Active Care w Chorzowie ul. Raclawicka 20a - WYPEŁNIA LEKARZ ZAKŁADU OPIEKUŃCZO - LECZNICZEGO**

---

---

---

---

---

data , pieczęć i podpis lekarza ZOL

\* niewłaściwe skreślić