

**Wniosek o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego
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 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 przyznanych 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. 1 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 Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego
BetaMed S.A. Medical Active Care w Chorzowie ul. Raclawicka 20a**

data , pieczęć i podpis lekarza ZOL

* niewłaściwe skreślić