

**Wniosek o przyjęcie do Zakładu Leczniczego - Opiekuńczego dla Dzieci i Młodzieży 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

9. Powód przyjęcia

10. Nazwisko i imię osoby  
sprawującej opiekę

Stopień pokrewieństwa

Adres i nr telefonu

Do wniosku dołączam :

Skierowanie i zaświadczenie lekarskie stwierdzające wymóg całodobowej pielęgnacji

Wywiad pielęgniarzki i zaświadczenie lekarskie

Skalę oceny świadczeniobiorcy - skalę Barthel ( powyżej 3 roku życia )

Kartę kwalifikacji pacjenta do przewlekłej wentylacji w warunkach stacjonarnych

Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia

Karta NFZ

Oświadczenie o dochodach

Dokumenty stwierdzające wysokość dochodu

Kserokopie kart informacyjnych z leczenia szpitalnego

W przypadku ubezwłasnowolnienia - kserokopia postanowienia sądowego

Zgoda rodzica / opiekuna prawnego lub faktycznego na umieszczenie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym dla Dzieci i Młodzieży Wentylowanych Mechanicznie BetaMed S.A. Medical Active Care w Chorzowie ul. Raclawicka 20a

data wpływu - wypełnia pracownik

czytelny podpis rodzica / 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

---

---

czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego

**13 . Kwalifikacja pacjenta do ZOL dla Dzieci i Młodzieży Wentylowanej Mechanicznie BetaMed S.A. Medical Active Care w Chorzowie ul. Racławicka 20a**

---

---

---

---

data , pieczęć i podpis lekarza ZOL