

.....
DATA

**Wniosek o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego
dla Dorosłych Wentylowanych Mechanicznie
BetaMed S.A. Medical Active Care w Chorzowie ul. Raławicka 20a**

1. Nazwisko i imię	
2. Adres zameldowania	
3. Adres do korespondencji	
4. Data i miejsce urodzenia	
5. Dowód osobisty	seria numer PESEL:
6. Nr legitymacji ZUS	
7. Stan cywilny	
8. Powód przyjęcia	
9. Nazwisko i imię osoby sprawującej opiekę	
10. Stopień pokrewieństwa	
11. 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 Leczniczco-Opiekuńczym i akceptuję potrącanie opłaty za pobyt z otrzymywanego świadczenia

Do wniosku dołączam :

Skierowanie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego

Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie stwierdzające wymóg całodobowej pielęgnacji

Skalę oceny świadczeniobiorcy - skalę Barthel

Ksero karty NFZ, ksero legitymacji ZUS

Oświadczenie o wysokości dochodu

Dokumenty stwierdzające wysokość dochodu (decyzja organu emerytalno-rentowego ustalająca wysokość przyznanych świadczeń)

Kserokopie kart informacyjnych z leczenia szpitalnego z ostatniego roku

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

karta kwalifikacji do wentylacji mechanicznej w warunkach stacjonarnych

.....
Data wpływu wypełnia pracownik

.....
Podpis pracownika przyjmującego wniosek

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

.....
DATA

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 iż :

- administratorem danych osobowych jest BetaMed S.A. z siedzibą w Katowicach ul. Barbary 21 , 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. Raławicka 20a

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

.....
DATA, PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA ZOL

* niewłaściwe skreślić