

**Wniosek o przyjęcie do Zakładu Leczniczo – Opiekuńczego dla Dorosłych Wentylowanych
Mechanicznie BetaMed S.A. Medical Active 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 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. 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. 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 – WYPEŁNIA LEKARZ ZAKŁADU OPIEKUŃCZO - LECZNICZEGO

Data, pieczętka i podpis lekarza ZOL