

**Wniosek o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego dla Dorosłych Wentylowanych Mechanicznie  
BetaMed S.A. Medical Activ Care w Chorzowie ul. Raclawicka 20a**

1. Nazwisko i imię			
2. Adres zamieszkania			
3. Adres do korespondencji			
4. Data i miejsce urodzenia			
5. Dowód osobisty	SERIA	NUMER	PESEL
6. Nr legitymacji ZUS			DATA WYDANIA      WAŻNOŚĆ DO:
7. Stan cywilny			
8. Powód przyjęcia			
9. Nazwisko i imię osoby sprawującej opiekę			
10. Stopień pokrewieństwa		nr telefonu	
11. Adres opiekuna			

**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 do ZOL

Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie stwierdzające wymóg całodobowej pielęgnacji

Skalę oceny świadczeniobiorcy - skalę Barthel

legitymacja ZUS , Dowód osobisty - do wglądu

Zaświadczenie o wysokości dochodu - kserokopia dokumentu stwierdzającego wysokość dochodu

( decyzja organu emerytalno-rentowego ustalająca wysokość przyznanych świadczeń )

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 pracownika przyjmującego wniosek

Podpis świadczeniobiorcy / opiekuna faktycznego / opiekuna prawnego
---

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

**Kwalifikacja pacjenta do Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego  
BetaMed S.A. Medical Active Care w Chorzowie ul. Raclawicka 20a**


data podpis i pieczęć lekarza ZOL

\* niewłaściwe skreślić