

.....
DATA

**Wniosek o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego
BetaMed S.A. w Chorzowie ul. Raławicka 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			WYDANO DNIA: WAŻNOŚĆ DO:
7. Stan cywilny			
8. Wykształcenie			
9. Nazwisko i imię ojca			
10. Nazwisko i imię matki			
11. Powód przyjęcia			
12. Nazwisko i imię osoby sprawującej opiekę			
Stopień pokrewieństwa	NUMER TELEFONU		
Adres opiekuna			

13. 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 pielęgniarski

Skalę oceny świadczeniobiorcy - skalę Barthel

ksero legitymacji ZUS

Zgoda na potrącanie opłaty

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 pracownika przyjmującego wniosek

Podpis świadczeniobiorcy / opiekuna faktycznego / opiekuna prawnego*

14. 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

15 . Kwalifikacja pacjenta do Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego BetaMed S.A. w Chorzowie ul. Raławicka 20a

data podpis i pieczęć lekarza ZOL

* zaznaczyć właściwe