

Kontakt w sprawie przyjęcia pacjenta

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres: kod, miejscowość, ulica)

.....
(telefon: stacjonarny, komórka)



***Wniosek
do Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego
z miejscami dla Wentylowanych Mechanicznie NZOZ SALUS SP. Z O.O.
62-800 KALISZ, ul. ZAGORZYNEK 34, tel. (62) 501 24 33.***

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer PESEL, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....
Oddział NFZ

.....
Miejscowość, data

.....
(czytelny podpis osoby ubiegającej się
o przyjęcie do Zakładu lub opiekuna.
Proszę podać stopień pokrewieństwa)

Do wniosku należy dołączyć:

1. Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie,
2. Karta kwalifikacji pacjenta wydana przez lekarz anestezjologa (*dla pacjenta wentylowanego mechanicznie*),
3. Skalę Barthel wypełnioną przez pielęgniarkę (*karta kwalifikacji pacjenta do udzielania świadczeń w ZOL/ZOP*),
4. Dokument stwierdzający wysokość dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu – dokumenty w oryginale i kopii (*aktualna decyzja ZUS, KRUS, MOPS, MOPR*),
5. Zgodę na ponoszenie opłaty za pobyt w Zakładzie (*oświadczenie o płatności*),
6. Zobowiązanie się członków rodziny /MOPS/MOPR do odebrania pacjenta po zakończeniu pobytu w Zakładzie (*oświadczenie o odbiorze pacjenta*),
7. Dokumentację medyczną pacjenta (wypisy ze szpitala, informacje o przebytych chorobach),