………………………………………………………………………….

 (Miejscowość, data)

Osoba do kontaktu w sprawie przyjęcia do ZOL

………………………………………………………………………………………….

 (Imię i nazwisko)

……………………………………………………………………………………………

 (Adres zamieszkania)

……………………………………………………………………………………………

 (telefon: stacjonarny, komórka)

**WNIOSEK**

**O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO**

 Proszę o przyjęcie…………………………………………………………………………………………………………………………

 (Nazwisko i imię pacjenta)

Zamieszkały/a……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 (Adres zamieszkania)

PESEL………………………………………………………….Numer i seria dowodu osobistego………………………………………….

do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego im. E. Bojanowskiego w Warszawie.

Wyrażam zgodę na potrącenie opłaty za pobyt w Zakładzie, ze świadczenia emerytalno/rentowego.

Podstawa prawna: Art. 18 Ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164, póz, 1027 z późn.zm.)

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych oraz gromadzenie i przetwarzanie informacji medycznych dotyczących mojej osoby w celach związanych z prowadzeniem przez Zakład działalnością medyczną.

 ………………………………………………………………………………………………..

 (podpis osoby ubiegającej się o skierowanie lub opiekuna prawnego)

Do wniosku dołączam:

1. Wniosek o wydanie skierowania do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego
2. Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie
3. Skierowanie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego
4. Karta oceny świadczeniobiorcy-ocena wg skali Barthel
5. Kserokopia Decyzji ZUS o przyznaniu renty/emerytury
6. Dokument potwierdzający ubezpieczenie zdrowotne: legitymacja rencisty/emeryta **(DO WGLĄDU)**

Nr legitymacji…………………………………………………data wystawienia…………………………………Instyt………….