



Centrum Medyczno-Charytatywne Caritas
im. Św. Jana z Dukli w Krośnie
ul. Grodzka 45a tel.: 785 929 632

ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY

PROCEDURA PRZYGOTOWANIA DOKUMENTACJI PACJENÓW KIEROWANYCH DO ZAKŁADU

Warunkiem przyjęcia pacjenta do ZOL jest złożenie kompletu niezbędnych dokumentów:

1. Prośba o przyjęcie do ZOL w Krośnie. Wniosek wypełnia:
 - a) osoba ubiegająca się o umieszczenie w zakładzie
 - b) przedstawiciel ustawowy
2. Zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza POZ, lekarza specjalistę lub lekarza prowadzącego w szpitalu.
3. Dokumentacja wypełniona przez pielęgniarkę środowiskową/rodzinną lub pielęgniarkę w szpitalu:
 - a) wywiad pielęgniarski
 - b) kwalifikacja pielęgniarska do objęcia opieką w zakładach ZOL (wg zmodyfikowanej skali Barthel)
4. Dokumenty stwierdzające wysokość dochodu osoby ubiegającej się do zakładu:
 - a) kserokopia decyzji ZUS/KRUS/MOPR/MOPS/GOPS ustalająca wysokość świadczenia
 - b) ostatni odcinek renty lub emerytury
 - c) inne zaświadczenia o dochodach
5. Zgoda pacjenta na ponoszenie kosztów związanych z pobytem w ZOL
6. Wniosek o wydanie skierowania do ZOL Caritas w Krośnie
7. Skierowanie do ZOL Caritas w Krośnie
8. Dowód osobisty i legitymacja ubezpieczenia zdrowotnego do wglądu
9. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności
10. Wymagana konieczność założenia indywidualnego konta bankowego (ROR)

(Miejscowość, data i podpis)



Centrum Medyczo-Charytatywne Caritas
im. Św. Jana z Dukli w Krośnie
ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY

**Zasady przyjęcia i pobytu w Zakładzie Opiekuńczo- Leczniczym
Centrum Medyczo-Charytatywnego Caritas w Krośnie**

Podstawa prawna:

- art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 ze zm.)
- art. 8 pkt 3-13 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U.2004 Nr 64 poz 593 z późniejszymi zmianami)
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654 z późniejszymi zmianami)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz.U. poz. 731)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

1. Do Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego (ZOL) Centrum Medyczo-Charytatywnego Caritas w Krośnie mogą zostać przyjęte osoby, które w klasyfikacji Skali Barthel mieszczą się w skali od 5 do 40 punktów.
2. Z wnioskiem o przyjęcie do ZOL może wystąpić pacjent/pacjentka lub jego/jej opiekun prawny.
3. W przypadku, gdy stan zdrowia osoby ubiegającej się o przyjęcie do ZOL nie pozwala na świadome podjęcie decyzji, a wnioskodawca nie posiada opiekuna prawnego, zgodę na umieszczenie w placówce może wyrazić Sąd Rejonowy, właściwy dla miejsca zamieszkania.
4. Termin przyjęcia wyznaczony jest w zależności od liczby wolnych miejsc, zgodnie z kolejnością osób oczekujących.
5. Osoba ustanowiona przez pacjenta do kontaktu z ZOL zobowiązana jest do poinformowania Zakładu o rezygnacji z ubiegania się o przyjęcie pacjenta do ZOL, bez względu na powód rezygnacji. W przypadku rezygnacji z proponowanego terminu przyjęcia pacjent zostaje skreślony z listy osób oczekujących.
6. Decyzja o pobycie w ZOL wydawana jest na czas nieokreślony.
7. Jeśli w trakcie pobytu pacjent/ka przekroczy punktację Skali Barthel, okres jego/jej przebywania w ZOL zostaje skrócony do I miesiąca od daty przekroczenia.
8. Odpłatność za pobyt w ZOL zgodnie z ustawą (art. 34a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o Zakładach Opieki Zdrowotnej Dz. U. z 2007 nr 14, późn. zm., oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach Dz. U. z 27.08.2004 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) wynosi; kwota odpowiadająca 250% najniższej emerytury, nie więcej jednak niż 70% dochodu pacjenta/pacjentki – Są to koszty zakwaterowania i wyżywienia.
9. Koszty świadczeń zdrowotnych pokrywa Narodowy Fundusz Zdrowia.
10. W dniu przyjęcia pacjenta do Zakładu obowiązkowa jest obecność członka rodziny lub opiekuna ustawowego pacjenta z dowodem tożsamości.
11. Rodzina zobowiązana jest do wymiany bielizny prywatnej pacjenta.



Centrum Medyczo-Charytatywne Caritas
im. Św. Jana z Dukli w Krośnie

ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY

12. Zakład nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy wartościowe pacjenta (biżuteria, pieniądze, protezy zębowe i aparaty słuchowe).
13. Zakład nie wyraża zgody na dodatkowe zabiegi, konsultacje oraz rehabilitację, która nie została zlecona przez lekarza prowadzącego.
14. Za ewentualne zniszczenia przez pacjenta przedmiotów, rzeczy będących własnością ZOL odpowiedzialność ponosi pacjent /rodzina.
15. Odwiedziny pacjenta odbywają się w godz. 11.00 - 20.00
16. Wyjście pacjenta na przepustkę możliwe jest za zgodą lekarza prowadzącego.
17. W przypadku wypisu pacjenta z ZOL-u do domu lub innych placówek, należy złożyć ponownie dokumenty pacjenta do powtórnego przyjęcia do Zakładu.
18. Na terenie ZOL obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu oraz spożywania alkoholu pod groźbą natychmiastowego wypisu.
19. Ze względów epidemiologicznych lub z innych ważnych przyczyn może być okresowo wprowadzony zakaz odwiedzania pacjentów.
20. Odwiedzającym nie wolno:
 - zakłócać procesu pracy, przebywać w pomieszczeniach służb medycznych, gospodarczych i technicznych (gabinetach zabiegowych, kuchni, itp.).
21. Osoba odwiedzająca pacjenta jest zobowiązana zapoznać się z niniejszym regulaminem, zachowywać się w czasie pobytu w Zakładzie kulturalnie, podporządkować się poleceniom i wskazówkom personelu. Osoby, które nie stosują się do postanowień niniejszego regulaminu lub do wskazówek personelu, albo naruszają dobra osobiste pacjentów podlegają wydaleni poza obręb zakładu oraz mogą być w ogóle pozbawione praw odwiedzania pacjentów.

Przyjąłem/am do wiadomości i stosowania powyższe zasady.

Miejscowość, data

Podpis pacjenta lub opiekuna ustawowego



Centrum Medyczo-Charytatywne Caritas
im. Św. Jana z Dukli w Krośnie
ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo –
Leczniczego Caritas w Krośnie

Jednocześnie nadmieniam, że ze względu na stan zdrowia oraz niesprawność
czynnościową, wymagam całodobowej opieki, której rodzina nie jest w stanie mi
zapewnić.

Imię i nazwisko Pacjenta _____

PESEL _____

Adres (z kodem pocztowym) _____

Imię i nazwisko opiekuna _____

Adres i telefon kontaktowy (opiekuna) _____

(podpis pacjenta lub jego ustawowego opiekuna)



Centrum Medyczno-Charytatywne Caritas
im. Św. Jana z Dukli w Krośnie
ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU
OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO**

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

Imię i nazwisko _____

Adres zamieszkania _____

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

(Miejscowość, data i podpis)



Centrum Medyczo-Charytatywne Caritas
im. Św. Jana z Dukli w Krośnie
ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

Niniejszym kieruję:

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Nr telefonu do kontaktu

Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

Dotychczasowe leczenie

Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia (tak/nie^{*})

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca¹

Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia (tak/nie)^{*}

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)²

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)^{***}

– do zakładu opiekuńczo-leczniczego.

Miejscowość, data

Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

pieczęć podmiotu leczniczego

¹ Jeżeli jest wymagana.

² Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.



Centrum Medyczo-Charytatywne Caritas
im. Św. Jana z Dukli w Krośnie
ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Dane świadczeniobiorcy

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

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

2. Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji (zaznaczyć właściwe, ewentualnie opisać):

a) odżywianie

– **samodzielny/przy pomocy/utrudnienia** *

- karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik
- karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem
- zakładanie zgłębnika
- inne niewymienione

b) higiena ciała

– **samodzielny/przy pomocy/utrudnienia** *

- w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie – toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheostomijnej
- inne niewymienione

c) oddawanie moczu

– **samodzielny/przy pomocy/utrudnienia** * cewnik

- inne niewymienione

d) oddawanie stolca

– **samodzielny/przy pomocy/utrudnienia** *

- pielęgnacja stomii
- wykonywanie lewatyw i irygacji
- inne niewymienione

e) przemieszczanie pacjenta

– **samodzielny/przy pomocy/utrudnienia** *

- z zaawansowaną osteoporozą
- którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności
- inne niewymienione

f) rany przewlekłe

- odleżyny
- rany cukrzycowe
- inne niewymienione

g) oddychanie wspomagane

h) świadomość pacjenta: tak/nie/z przerwami *

i) inne

3. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel **/****



Centrum Medyczo-Charytatywne Caritas
im. Św. Jana z Dukli w Krośnie
ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/ nie wymaga* skierowania do zakładu opiekuńczo
- leczniczego/ zakładu pielęgnacyjno opiekuńczego*.

Miejscowość, data

Podpis oraz pieczęć lekarza

* Niepotrzebne skreślić

** W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 205, poz. 1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel. * *

* W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: "nie ma zastosowania"



Centrum Medyczno-Charytatywne Caritas
im. Św. Jana z Dukli w Krośnie
ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/
PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM¹**

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

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

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel ²		
Lp	Czynność ³	Wynik ⁴
1.	Spożywanie posiłków 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 - samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie 0 - nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 - większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 - samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała 0 - zależny 5 - niezależny lub pod prysznicem	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0 - nie porusza się lub < 50 m 5 - niezależny na wózku, wliczając zakręty > 50 m 10 - spacer z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 - niezależny, ale może potrzebować pomocy, np. laski > 50 m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 - nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 - samodzielny	
8.	Ubieranie i rozbieranie się 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9.	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje stolec	
10.	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 - sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu 10 - panuje, utrzymuje mocz	
Wynik kwalifikacji ⁵		

.....
(Data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego)

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga¹ skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym¹.

.....
(Data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
albo lekarza zakładu opiekuńczego)

¹ Niepotrzebne skreślić.

² Mahoney, Barthel, „Badanie funkcjonalne. Wskaźnik Barthel”, Maryland State Med Journal 1965, 14 56-61. Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

³ W lp 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.

⁴ Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

⁵ Należy wpisać uzyskaną sumę punktów.



Centrum Medyczo-Charytatywne Caritas
im. Św. Jana z Dukli w Krośnie
ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY

Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

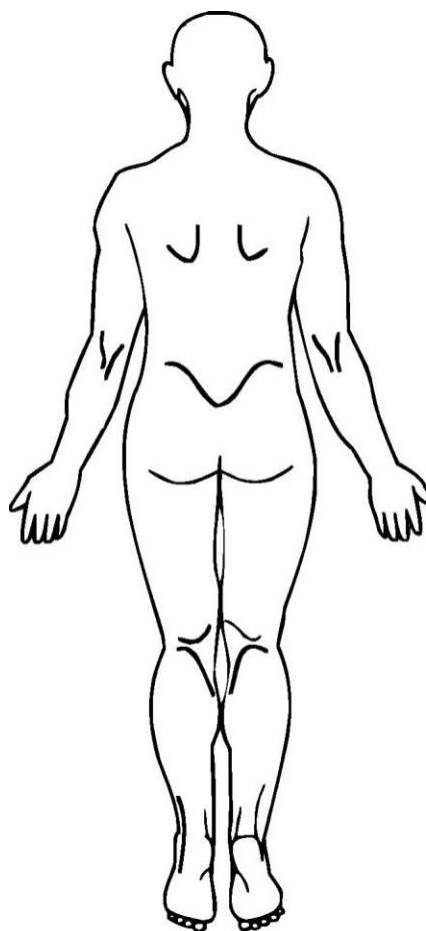
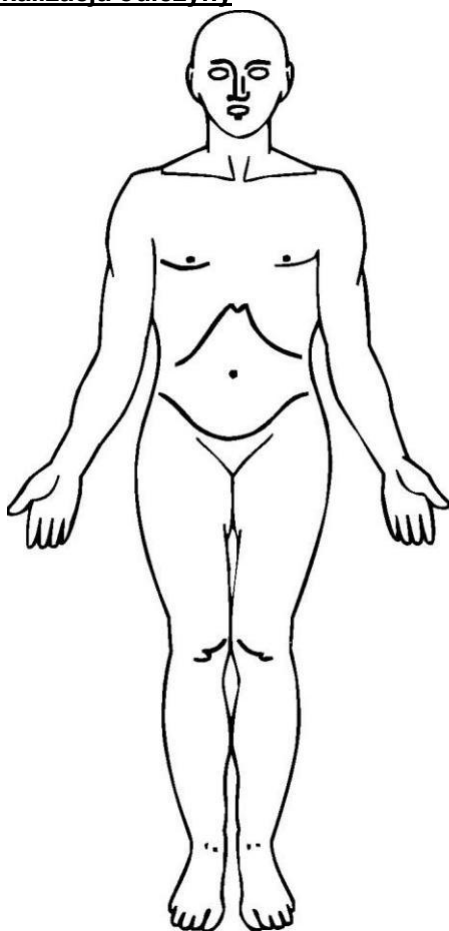
Szanowny Pan/Pani Doktor

Prosimy o wypełnienie, jeżeli u kierowanego do Nas pacjenta występują odleżyny

Szpital/ZOZ Oddział.....

Nazwisko imię

Lokalizacja odleżyny



Dane dodatkowe

Stopień (I-V)

Infekcja

Odór

Ból

Krwawienie

.....
(data, podpis i pieczęć lekarza)



Centrum Medyczno-Charytatywne Caritas
im. Św. Jana z Dukli w Krośnie
ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Imię i nazwisko _____ Adres _____

Oświadczam, że zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (DE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych RODO - Dz.U. UE L 119, s. 1) **wyrażam** zgodę na przetwarzanie przez

CENTRUM MEDYCZNO-CHARYTATYWNE CARITAS im. św. Jana z Dukli w Krośnie, ul. Grodzka 45a, 38-400 Krosno, moich danych osobowych w celu i zakresie niezbędnym do:

Cel przetwarzania	TAK	NIE
Świadczenia usług medycznych		
kontakt telefoniczny, e-mail, pocztowy		
przechowywania danych do późniejszego wykorzystania w celu świadczenia dalszych usług medycznych		

* Wyrażenie zgody – zaznaczyć x przy wyborze TAK/NIE

Ks. Andrzej Dec, jako administrator danych osobowych, informuje Pana/Panią, iż: podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne we wskazanych powyżej celach; posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania; informujemy, iż Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane innym odbiorcom danych jedynie w celach koniecznych do realizacji zadania i po uprzednim poinformowaniu Panią/Pana o tym fakcie; Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane; Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich (poza kraje Unii Europejskiej i EOG - Norwegia, Islandia, Lichtenstein);

kontakt do Inspektora Ochrony Pani/Pana danych m.litwin@caritas.pl podane dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 pkt a) i zgodnie z treścią ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (RODO).; dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wymienionych powyżej celów oraz wynikających z ich tytułu roszczeń;

podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem świadczenia pomocy charytatywno-opiekuńczej i humanitarnej. Brak podania danych osobowych będzie skutkowało niemożnością udzielenia wsparcia; ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r.

(Miejscowość, data, podpis)



Centrum Medyczno-Charytatywne Caritas
im. Św. Jana z Dukli w Krośnie
ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY

OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

PESEL

Telefon kontaktowy

ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na ponoszenie kosztów wyżywienia i zakwaterowania oraz potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie w wysokości 70 % mojego dochodu (świadczenia emerytalne, rentowe, zasiłek, renta socjalna*) oraz uiszczenie należnych opłat i dokonanie przelewu na konto:

Bank PKO BP: 22 1020 2964 0000 6502 0038 8389

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w _____

Podpis pacjenta lub opiekuna ustawowego

Podstawa prawna: Art. 18 ustawy z dn. 27.08.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

* właściwe podkreślić



Centrum Medyczo-Charytatywne Caritas
im. Św. Jana z Dukli w Krośnie
ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY

UPOWAŻNIENIE PACJENTA

Imię i Nazwisko: _____ PESEL: _____

1. Upoważniam Pana/Panią _____
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

adres zamieszkania _____

Nr telefonu kontaktowego: _____

Do odbioru depozytu oddziałowego.*

Nie upoważniam nikogo do odbioru depozytu oddziałowego.*

2. Odwołuję wszystkie złożone przed dniem dzisiejszym upoważnienia.*

Krosno, dnia _____

(czytelny podpis pacjenta)

(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

*Niepotrzebne skreślić



Centrum Medyczo-Charytatywne Caritas
im. Św. Jana z Dukli w Krośnie
ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Imię i Nazwisko: _____ PESEL: _____

1. Upoważniam Pana/Panią

(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

Do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.*

Nie upoważniam nikogo do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych*

2. Upoważniam Pana/Panią

(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

Do dostępu do mojej dokumentacji medycznej.*

Nie upoważniam nikogo do dostępu do mojej dokumentacji medycznej.*

3. Upoważniam Pana/Panią

(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

Do dostępu do mojej dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci.*

Nie upoważniam nikogo do dostępu do mojej dokumentacji medycznej w przypadku śmierci.*

Odwołuję wszystkie złożone przed dniem dzisiejszym upoważnienia.*

(podpis pacjenta)

(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

*-niepotrzebne skreślić



Centrum Medyczo-Charytatywne Caritas
im. Św. Jana z Dukli w Krośnie
ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY

Dane dodatkowe osoby ubiegającej się o przyjęcie

1. _____
(imię i nazwisko)

2. _____
(data urodzenia, dzień – miesiąc – rok)

3. _____
(PESEL)

(dokładny adres zamieszkania, TELEFON)

4. _____
(Nr legitymacji ubezpieczeniowej, legitymacji emeryta/rencisty)

5. _____
(adres i telefon kontaktowy opiekuna, rodziny)

Pacjent przed przyjęciem do ZOL zobowiązany jest mieć założone konto osobiste w banku.

Czy pan/pani ma założone konto w banku na dzień składania wniosku?

(TAK/NIE) _____

Oświadczam, że stosownie do treści art. 23 pkt. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz 833 z 1997r.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych również i w przyszłości, w związku z prowadzonym postępowaniem o umieszczenie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym.

(miejscowość, data i czytelny podpis)