

**Kontakt w sprawie przyjęcia pacjenta
(DANE OSOBY Z RODZINY/OPIEKUN/ZLECENIODAWCA)**

.....
(imię i nazwisko)

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

.....
(telefon: stacjonarny, komórka)

***Wniosek
do Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego
z miejscami dla Wentylowanych Mechanicznie NZOZ SALUS+
63-100 ŚREM, ul. CHEŁMOŃSKIEGO 1***

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. Skalę Barthel wypełnioną przez pielęgniarkę i lekarza (*karta kwalifikacji pacjenta do udzielania świadczeń w ZOL/ZOP*),
3. Skalę Glasgow (w przypadku gdy w skali Barthel pacjent uzyska 0pkt.)
4. Skierowanie do Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego.
5. Dokument stwierdzający wysokość dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu – dokumenty w oryginale i kopii (*aktualna decyzja ZUS, KRUS, MOPS, MOPR*),
6. Dokumentację medyczną pacjenta (wypisy ze szpitala, informacje o przebytych chorobach),