

Kontakt w sprawie przyjęcia pacjenta

.....
(imię i nazwisko opiekuna)

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

.....
(telefon: stacjonarny, komórka)

***Wniosek o wydanie skierowania
do Zakładu Pielęgnacyjno–Opiekuńczego w Koszalinie
75-252 Koszalin ul. Niepodległości 44-48
tel. 94/3422051-53 w.223, 274***

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

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

.....
Miejscowość ,data

.....
Podpis świadczeniobiorcy

Do wniosku należy dołączyć:

1. Skierowanie do Zakładu Opiekuńczo- Leczniczego/Zakładu pielęgnacyjno – Opiekuńczego,
2. Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie,
3. Kartę oceny świadczeniobiorcy kierowanego do Zakładu Opiekuńczego/przebywającego w Zakładzie Opiekuńczym,
4. Oświadczenie o płatności,
5. Oświadczenie – przedstawiciel ustawowy,
6. Oświadczenie o odbiorze pacjenta,
7. Dokument stwierdzający wysokość dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu – dokumenty w oryginale i kopii (*aktualna decyzja ZUS, KRUS, MOPS, MOPR*),
8. Oświadczenie dotyczące dokumentacji znajdującej się w ZPO,
9. Dokumentację medyczną pacjenta (wypisy ze szpitala, informacje o przebytych chorobach).