

Częstochowa, dnia

.....
(imię i nazwisko osoby składającej wniosek)

.....
(adres)

.....
(telefon)

.....
(oddział wojewódzki NFZ)

**DYREKCJA
Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
Centrum Opieki i Rehabilitacji
„ZDROWIE S.C.**

WNIOSEK/ PROŚBA

Zwracam się z prośbą o umieszczenie w zakładzie opiekuńczo – leczniczym przy NZOZ CO i R „ZDROWIE” S.C. w Częstochowie, ul. Łukasińskiego 42/48

Pana/Panią

PESEL....., zam w:

przy ul.

na pobyt okresowy/stały* w ramach umowy z NFZ.

Rozpoznanie chorobowe (choroba wg ICD-10)

.....
Uzasadnienie prośby:

.....

.....

*niewłaściwe skreślić

.....
(podpis osoby składającej wniosek)

W celu przyjęcia do zakładu opiekuńczo – leczniczego wymaga się złożenia następujących dokumentów:

- zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia pacjenta,
- wywiad pielęgniarski,
- karta kwalifikacji pacjenta do udzielania świadczeń w ZOL- skala Bartel,
- wyniki badań HCV, Hbs, morfologia, mocz
- aktualne RTG klatki piersiowej,
- decyzja organu emerytalno-rentowego lub decyzja o przyznaniu zasiłku stałego wyrównawczego lub renty socjalnej,
- oświadczenie o wyrażeniu zgody na opłatę z tytułu kosztów związanych z wyżywieniem i zakwaterowaniem w ZOL (wymagane przy przyjęciu).

Częstochowa, dnia

.....
(imię i nazwisko osoby składającej wniosek)

.....
(adres)

.....
(telefon)

**DYREKCJA
Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
Centrum Opieki i Rehabilitacji
„ZDROWIE S.C.**

WNIOSEK/ PROŚBA

Zwracam się z prośbą o umieszczenie w zakładzie opiekuńczo – leczniczym przy NZOZ CO i R „ZDROWIE” S.C. w Częstochowie, ul. Łukasińskiego 42/48

Pana/Panią

PESEL....., zam w:

przy ul.

na pobyt komercyjny.

Rozpoznanie chorobowe:

.....

Uzasadnienie prośby:

.....

.....

.....
(podpis osoby składającej wniosek)

W celu przyjęcia do zakładu opiekuńczo – leczniczego wymaga się złożenia następujących dokumentów:

- zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia pacjenta,
- wyniki badań HCV, Hbs, morfologia, mocz
- aktualne RTG klatki piersiowej,