

Data .....

.....  
IMIĘ I NAZWISKO

.....  
ADRES

PESEL: .....

„Pro-Medica” w Elku Sp. z o.o.  
Zakład Pielęgnacyjno - Opiekuńczy /  
Zakład Opiekuńczo - Leczniczy

## PODANIE O PRZYJĘCIE DO ZPO / ZOL

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do Zakładu Pielęgnacyjno - Opiekuńczego / Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego.

Zostałem/am zapoznany/na z zakresem świadczeń zdrowotnych oraz ze szczegółowymi zasadami odpłatności za pobyt w tych zakładach.

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

Podstawa prawna:


1. Art. 18 Ustawy z 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( j.t. Dz. U. Nr 164 z 2008r. , poz. 1027 ze zm.)
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej ( Dz. U. Nr 140, poz. 1147 ze zm. )

Bardzo proszę o pozytywne załatwienie mojej prośby.

.....  
Czytelny podpis osoby ubiegającej się o skierowanie  
lub jej przedstawiciela ustawowego

W załączeniu:

1. Skierowanie do zakładu opiekuńczo - leczniczego / pielęgnacyjno - opiekuńczego.
2. Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie.
3. Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do zakładu opiekuńczego / przebywającego w zakładzie opiekuńczym.
4. Dokumenty stwierdzające wysokość dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo osoby zobowiązanej do ponoszenia płatności za pobyt w zakładzie.

	PODANIE O PRZYJĘCIE DO ZPO / ZOL- KWALIFIKACJA PRZYJĘCIA		
	Formularz F-3028_01	Data wprowadzenia: 17-02-2023	Data aktualizacji:

Data .....

.....  
IMIĘ I NAZWISKO

.....  
ADRES

PESEL: .....

### KWALIFIKACJA PRZYJĘCIA

Na podstawie przedstawionej dokumentacji zakwalifikowano / nie zakwalifikowano pacjenta do przyjęcia do ZPO/ZOL.

Na okres .....

.....  
Lekarz ZPO/ZOL

.....  
Kierownik ZPO/ZOL  
z up. Dyrektora MCZ w Ełku