

Wniosek o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego

.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres.....

Telefon.....

Termin ukończenia lub przewidywany termin ukończenia leczenia szpitalnego

.....

Zasadniczy cel kierowania chorego do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego

.....

.....

Data

.....

Pieczęć i podpis lekarza

DECYZJA

Po zapoznaniu się z nadesłaną dokumentacją oraz zasięgnięciu opinii lekarza zakładu, w oparciu o rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998r w sprawie sposobu i trybu kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach(Dz. U. Nr 166 z 1998r. poz. 1265), Uchwałą nr 226/2003 Zarządu NFZ, Załącznik nr 8

Pan/Pani.....

Został/nie został zakwalifikowany do leczenia w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Puchaczowie, przewidywany termin przyjęcia.....

.....

Data

.....

Pieczęć i podpis dyrektora ZOL