

.....  
imię i nazwisko pacjenta

.....  
miejsowość i data

.....  
PESEL

.....  
adres zamieszkania  
.....

1. Ubezpieczony/a w Oddziale Wojewódzkim NFZ w .....
2. Nieubezpieczony

## WNIOSEK

Ze względu na sytuację zdrowotną proszę o przyjęcie mnie do Maltańskiego Centrum Pomocy pw. bł. Gerarda Fundacji Polskich Kawalerów Maltańskich w Warszawie "Pomoc Maltańska" Oddział w Barczewie.

Równocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie zgodnie z obowiązującymi przepisami.

### Do wniosku załączam:

1. zaświadczenie lekarskie stwierdzające konieczność całodobowej pielęgnacji, opieki i rehabilitacji bez potrzeby hospitalizacji wydane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarza podmiotu leczniczego
2. wywiad pielęgniarski przeprowadzony przez pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego lub pielęgniarkę podmiotu leczniczego
3. kartę oceny stanu zdrowia wg skali Barthel wystawioną przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego
4. kartę oceny stanu pacjenta wg skali Glasgow wystawioną przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego
5. kartę kwalifikacji do żywienia dojelitowego wraz załącznikami
6. kartę kwalifikacji do przewlekłej wentylacji mechanicznej w warunkach ZOL
7. dokumenty stwierdzające wysokość dochodu osoby ubiegającej się skierowanie do zakładu lub osoby zobowiązanej do ponoszenia odpłatności za pobyt w zakładzie,
8. zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie opiekuńczo - leczniczym
9. oświadczenie o objęciu opieką lekarza rodzinnego i pielęgniarki rodzinnej
10. ostatnie wyniki badań laboratoryjnych

**Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*** na gromadzenie i przechowywanie danych osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.

.....  
podpis pacjenta/ opiekuna prawnego/opiekuna faktycznego

\* niepotrzebne skreślić