

Szpital Chorób Płuc i Opieka Długoterminowa im. św. Jana Pawła II w Górnio,  
ul. Rzeszowska 5, 36-051 Górnio.

Tel 177715303, fax 177715399, e-mail: biuro@gorno.eu, www.gorno.eu

Kompletny wniosek o przyjęcie do ZOL zawiera:

1. Podanie o przyjęcie do ZOL
2. Wyrażenie zgody na odpłatność za pobyt w ZOL
3. Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie,
  - a. Zaświadczenie lekarskie (wystawia lekarz POZ , lekarz prowadzący w szpitalu lub lekarz z poradni specjalistycznej)
  - b. Do zaświadczenia lekarskiego dołączyć wyniki badań, karty informacyjne
4. Skierowanie do ZOL - skierowanie lekarskie powinno zawierać dokładny opis choroby wraz z kodem **wg klasyfikacji ICD-10** – (warunek konieczny do zakwalifikowania pacjenta)
5. Karta oceny pacjenta wg Skali **Barthel ( max. 40 pkt.)**
6. Skala Glasgow
7. Karta subiektywnej globalnej oceny stanu odżywienia SGA
8. Zaświadczenie o dochodach z ZUS, KRUS lub opieki społecznej

**Jeśli pacjent nie może się podpisać ze względu na stan zdrowia, lekarz w miejscu na podpis pacjenta, stawia pieczętkę i pisze – niezdolny do podpisu.**

dn.....

## OŚWIADCZENIE

Ja .....  
zam.....

Wyrażam zgodę na umieszczenie mnie w **Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicyzm w Górnio** i jednocześnie wyrażam zgodę na pobieranie 70 % mojego dochodu za wyżywienie i zakwaterowanie w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicyzm w Górnio zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Zasady ponoszenia odpłatności za pobyt w zakładzie opiekuńczo leczniczym /pielęgniacyjno-opiekuńcym określa art. 18 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)

Pozostałe 30% mojego dochodu proszę przesyłać na adres:

.....  
.....  
.....

.....  
Podpis pacjenta

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.