

.....  
imię i nazwisko wnioskodawcy\*\*

..... dnia .....

.....  
adres zamieszkania

.....  
telefon kontaktowy

.....  
adres do korespondencji

**Szpital Powiatowy Sp. z o. o. w Gryfinie**

**ZAKŁAD  
PIELĘGNACYJNO -OPIEKUŃCZY  
PSYCHIATRYCZNY**

**WNIOSEK**

(o przyjęcie osoby do Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego Psychiatrycznego w Nowym Czarnowie)

Występuję z wnioskiem o przyjęcie do Szpitala Powiatowego Sp. z o. o. w Gryfinie Zakładu Psychiatrycznego Pielęgnacyjno – Opiekuńczego w Nowym Czarnowie na okres

.....dla Pani/Pana\* .....

ur. dnia.....

zam.(kod)..... miejscowość.....

ul. ....

PESEL

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

**STAN ZDROWIA W/W NIE POZWALA NA SAMODZIELNĄ EGZYSTENCJĘ.**

**Ponadto:**

1. Wyrażam zgodę na umieszczenie mnie w Zakładzie i jednocześnie wyrażam zgodę na pobieranie 70% mojego dochodu na wyżywienie i zakwaterowanie w Zakładzie zgodnie z obowiązującymi przepisami (art.34a ust. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 87 z późn. zm.).
2. Oświadczam, że pobieram rentę/emeryturę/pracuję zawodowo/korzystam z opieki społecznej/inne ...../\* i jestem objęta/y ubezpieczeniem zdrowotnym przez Narodowy Fundusz Zdrowia – Oddział w .....

3. Stosownie do treści art. 23 ust. 1 pkt 1 z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2000 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych również i w przyszłości w związku z prowadzonym postępowaniem o umieszczenie w Zakładzie.

.....

data i czytelny podpis wnioskodawcy\*\*

**Załączniki:**

1. Zaświadczenie lekarskie.
2. Wywiad pielęgniarstwa.
3. Oświadczenie.
4. Zgoda osoby kierowanej.
5. Skierowanie do Zakładu.
6. Posiadana dokumentacja medyczna (karty informacyjne, wyniki badań)
7. Dokument stwierdzający wysokość dochodu osoby skierowanej lub osoby zobowiązanej do ponoszenia odpłatności za pobyt w Zakładzie.
8. W sytuacji, gdy pacjent nie jest w stanie podpisać dokumentów wymagana jest zgoda sądu rodzinnego na pobyt w Zakładzie.
9. Inne (wymienić) .....

\* Właściwe zaznaczyć

\*\* **WNISKODAWCA – osoba ubiegająca się o skierowanie do Zakładu lub jej przedstawiciel ustawowy lub inna osoba, bądź Zakład Opieki Zdrowotnej, jednak za zgodą tej osoby lub jej przedstawiciela ustawowego.**

Nowe Czarnowo dn., .....

**Opinia lekarza do wniosku o przyjęcie pacjenta**

Opiniuję pozytywnie/negatywnie\* wniosek Pani/Pana\* .....

.....  
W sprawie przyjęcia do Szpitala Powiatowego w Gryfinie Sp. z o.o. –  
Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego Psychiatrycznego w Nowym  
Czarnowie Pani/Pana\* .....

Na podstawie przedłożonych dokumentów o stanie zdrowia pacjenta  
określam pobyt w Zakładzie na.....\*

Odmawiam przyjęcia pacjenta do Zakładu\*

**UZASADNIENIE**

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

.....  
/DATA I PODPIS LEKARZA OPINIUJĄCEGO/

