

.....  
Imię i nazwisko

.....  
miejsowość, dnia

.....  
Adres zamieszkania

.....  
PESEL

.....  
Numer świadczenia ZUS

.....  
Telefon kontaktowy

### WNIOSEK

**O wydanie skierowania do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego /Pielęgnacyjno –  
Opiekuńczego Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Powiatowe Centrum  
Zdrowia Sp. z o. o. z siedzibą w Lwówku Śląskim**

Proszę o skierowanie .....  
(Imię i nazwisko osoby kierowanej do ZOL/ZPO)

zam. ....

.....  
do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego/ Pielęgnacyjno – Opiekuńczego Niepublicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o. o. z siedzibą w Lwówku  
Śląskim.

### UZASADNIENIE

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

.....  
podpis \*

\* podpis osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego lub – za zgodą tej osoby albo jej przedstawiciela ustawowego – inna osoba lub zakład opieki zdrowotnej

Załączniki do wniosku:

- 1) zaświadczenie lekarskie stwierdzające, że świadczeniobiorca ubiegający się o skierowanie do Zakładu wymaga całodobowej pielęgnacji, opieki lub rehabilitacji,
- 2) wywiad pielęgniarski przeprowadzony przez pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego lub pielęgniarkę podmiotu leczniczego w którym pacjent ubiegający się o skierowanie przebywa,
- 3) dokumenty stwierdzające wysokość dochodu osoby skierowanej do Zakładu (decyzja organu emerytalno – rentowego, decyzja o przyznaniu zasiłku stałego wyrównawczego, decyzja o przyznaniu renty socjalnej lub inne) wraz z załączoną zgodą świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego na potrącanie opłat za pobyt w zakładzie przez właściwy organ emerytalno – rentowy ze świadczenia emerytalno – rentowego zgodnie z odrębnymi przepisami lub do odbioru tych należności przez Zakład w przypadku przekazywania takich należności na adres Zakładu,
- 4) Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do Zakładu/przebywającego w Zakładzie (tzw. Skala Barthel),
- 5) w przypadku współistnienia z rozpoznaniem zasadniczym choroby psychicznej – zaświadczenie wydane przez specjalistę o braku przeciwwskazań psychiatrycznych do pobytu w ZOL/ ZPO (ogólnym) z adnotacją o świadomej i dobrowolnej zgodzie pacjenta.
- 6) zgodę pacjenta na objęcie opieką przez Zakład Opiekuńczo – Leczniczy w Gryfowie Śląskim,
- 7) zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do ZOL/ZPO na złożenie przez wskazaną osobę dokumentów koniecznych do wydania skierowania przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego,
- 8) zobowiązanie świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do ZOL/ZPO do dobrowolnego uiszczania należności za pobyt w ZOL/ZPO, wyliczonej przez Księgowość Spółki zgodnie z obowiązującymi przepisami.