

# WNIOSEK

O przyjęcie na pobyt stacjonarny  
w NZOL „POMORZANY” w Olkuszu ul. Gwarków 4a

I.1 IMIE I NAZWISKO:.....

2. ADRES:.....

.....

3. PESEL:

4. Telefon:.....

## II.1. Proszę o przyjęcie mnie na pobyt komercyjny w Niepublicznym Zakładzie Opiekuńczo- Leczniczym „Pomorzany” w Olkuszu ul. Gwarków 4a.:

- pobyt opiekuńczo- leczniczy stawka miesięczna do uzgodnienia ( w tym nocleg, wyżywienie 4 posiłki dziennie, całodobowa opieka pielęgniarska, nadzór lekarski, rehabilitacja ustalona dla pacjenta indywidualnie przez lekarza w zależności od stanu zdrowia, opieka duszpasterska, oraz terapia zajęciowa.

2. Zakwaterowanie w zależności od stanu zdrowia pacjenta – pobyt w 2 osobowych salach z pełnym węzłem sanitarnym.

3. Ostateczna kwalifikacja i określenie rodzaju pobytu odbywa się po badaniu lekarskim w dniu przyjęcia.

### 4. Opłata za pobyt nie obejmuje kosztów:

- leków i materiałów medycznych ,za wyjątkiem stanów nagłych

- materiałów higienicznych ( np: pieluch , podpasek)

- zabiegów dodatkowych

- zabiegów kosmetycznych

- konsultacji lekarzy specjalistów

- badań laboratoryjnych , za wyjątkiem sytuacji nagłych (zagrożenia życia)

- rtg, usg, TK itp.

- transportu sanitarnego do miejsca zamieszkania lub innej placówki medycznej

- prania odzieży

### 5. Depozyty

-Istnieje możliwość założenia depozytu na życzenie pacjenta

## III. Oświadczam ,że:

1. Odpłatność za pobyt zobowiązuję się uiszczyć po zakwalifikowaniu do przyjęcia , najpóźniej w 10 dniu przyjęcia do NZOL” Pomorzany”.

2. Opłatę za dodatkowe zamówione świadczenia uiszczyć najpóźniej do 10-ego dnia następnego miesiąca.

3. Przyjmuję do wiadomości ,że koszty pobytu nie podlegają refundacji z NFZ.

4. Do wniosku dołączam: zaświadczenie lekarskie, ankietę dla pacjenta, kserokopie dokumentacji medycznej, aktualne badania: Ob., morfologia, mocz, HBS, RTG płuc, Wassermann, cukier, cholesterol.

DATA:.....

Podpis pacjenta: .....

.....  
Pieczęć ZOZ lub lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imie i nazwisko pacjenta :.....

Data urodzenia: .....

PESEL:.....

Adres:.....

I. Wywiad (główne dolegliwości , początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki)

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

II. Badanie przedmiotowe :waga.....wzrost.....

1.Skóra i węzły chłonne obwodowe.....

2.Układ oddechowy.....

3.Układ krążenia :wydolny/niewydolny\*, ciśnienie

krwi.....tętno.....

4.Układ trawienny.....

.....  
.....  
5.Układ moczowo –płciowy.....

6.Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi

.....  
.....

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów

.....  
.....

8. Rozpoznanie choroby zasadnicza.....

.....  
.....

9. Schorzenia współistniejące\*:

a)choroba zakaźna **tak/nie**, jeśli tak to jaka?.....

b)gruźlica **tak/nie**, jeśli tak to czy w stadium zakaźnym **tak/nie**

c)narkomania **tak/nie**

d)choroba psychiczna **tak/nie** ,jeśli tak to jaka?.....

e)choroba nowotworowa **tak/nie** ,jeśli tak to jaka?.....

III.

L.p.	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w schorzeniach przewlekłych	Postać leku	Dawkowanie
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

IV. Stwierdza się ,że wyżej wymieniona osoba wymaga\* :

-całodobowej pielęgnacji i opieki **tak/nie** ,

-rehabilitacji **tak/nie**

-w chwili obecnej wymaga hospitalizacji **tak/nie**

V Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu , albo jej przedstawiciela ustawowego\*:

Wyrażam/nie wyrażam zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu.

.....  
data i podpis osoby kierowanej

.....  
data ,pieczęć i podpis lekarza

\* prawidłowe zakreślić

# ANKIETA DLA PACJENTA

Imie i nazwisko:.....

PESEL:.....

Proszę zakreślić prawidłowa odpowiedź:

Czy choruje lub chorował(a) Pan/Pani na następujące choroby:

- |  |         |
|--|---------|
| 1.Cukrzyca   | TAK/NIE |
| 2.Choroby naczyń (np :miażdżyca, żylaki)                   | TAK/NIE |
| 3.Choroby nowotworowe                                      | TAK/NIE |
| 4. Choroby nerek   | TAK/NIE |
| 5.Gruźlica   | TAK/NIE |
| 6. Nadciśnienie tętnicze                                   | TAK/NIE |
| 7.Padaczka   | TAK/NIE |
| 8.Psychiczne   | TAK/NIE |
| 9.Przewlekłe choroby skóry                                 | TAK/NIE |
| 10.Przewodu pokarmowego (np: wrzody)                       | TAK/NIE |
| 11. Serca (np.: wada serca, zawał serca, zaburzenia rytmu) | TAK/NIE |
| 12.Tarczycy (nadczynność, niedoczynność)                   | TAK/NIE |
| 13. Uczulenia :.....                                       | TAK/NIE |
| 14.Udar mózgu  | TAK/NIE |
| 15.Wątroby (np.: żółtaczka, marskość)                      | TAK/NIE |
| 16. Zapalenie oskrzeli                                     | TAK/NIE |
| 17. Zapalenie płuc   | TAK/NIE |
| 18.INNE.....   | TAK/NIE |

Czy przebył(a) Pan(i) zabiegi operacyjne TAK/NIE  
Jeśli Tak proszę podać rodzaj i rok wykonania zabiegu:

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

Czy występują u Pana(i) :

- |   |         |
|---|---------|
| 1. Omdlenia   | TAK/NIE |
| 2. Osłabienie mięśni                                | TAK/NIE |
| 3. Duszność spoczynkowa lub przy niewielkim wysiłku | TAK/NIE |
| 4. Nawracające krwawienie z nosa lub inne.....      | TAK/NIE |
| 5. Trudności w utrzymaniu moczu i stolca            | TAK/NIE |

Czy wymaga Pan(i) pomocy podczas:

- |                        |         |
|------------------------|---------|
| 1. Toalety             | TAK/NIE |
| 2. Ubierania           | TAK/NIE |
| 3. Spożywania posiłków | TAK/NIE |

Czy potrafi Pan(i) samodzielnie przemieszczać się:

- |                       |         |
|-----------------------|---------|
| 1. Na terenie płaskim | TAK/NIE |
| 2. Po schodach        | TAK/NIE |
| 3. Z krzesła na łóżko | TAK/NIE |

Czy posiada Pan(i) zaopatrzenie ortopedyczne TAK/NIE

Jeśli TAK proszę wymienić jakie.....  
.....  
.....

Proszę podać nazwy i dawki zażywanych obecnie leków:

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

.....  
**data i podpis**