WNIOSEK

o przyjęcie do Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Licheń z Oddziałem Hospicjum im.bł.St.Papczyńskiego

Nazwisko i imię..... Pesel ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adres zamieszkania..... tel.....

Miejsce pobytu chorego..... tel.....

Główny opiekun chorego..... Pokrewieństwo.....

Adres opiekuna..... tel. .....

Wyrażam zgodę na objęcie opieką w Hospicjum Stacjonarnym NZOZ Licheń .....

czytelny podpis chorego lub opiekuna

Rozpoznanie z uwzględnieniem kodu ICD 10 .....

.....

.....

.....

Dolegliwości.....

.....

Aktualny stan kliniczny.....

.....

Opis postępu choroby.....

Bieżące leczenie.....

.....

Stosowane obecnie leki (dawki).....

.....

Planowane leczenie szpitalne.....

Planowane konsultacje.....

Świadomość rozpoznania chorego .....

Świadomość prognozy .....

Czynniki medyczne utrudniające opiekę domową .....

.....

Czy pacjent jest ubezpieczony tak ☐ nie ☐

....

Data pieczęć instytucji wnioskującej podpis i pieczęć lekarza

Posiadane prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz stosowne dokumenty uprawniające:

- ☐ Inwalida wojenny - „Książka inwalidy wojennego-wojskowego" wydana przez ZUS o symbolu ZUS Rw-51
- ☐ Osoba represjonowana - „Legitymacja osoby represjonowanej" wydana przez ZUS o symbolu Rw-52
- ☐ Kombatant - „Zaświadczenie o uprawnieniach" wydane przez Urząd ds. Kombatantów i Osób Represjonowanych
- ☐ Inwalida wojskowy - „Książka inwalidy wojennego-wojskowego" wydana przez ZUS o symbolu ZUS RW-51
- ☐ Cywilna niewidoma ofiara działań wojennych - „Legitymacja cywilnej niewidomej ofiary działań wojennych" wydana przez ZUS
- ☐ Uprawniony żołnierz lub pracownik w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa - „Legitymacja osoby poszkodowanej poza granicami państwa" wydana przez Szefa Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia
- ☐ Osoba posiadająca tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi" - „Legitymacja Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi"
- ☐ Osoba posiadająca tytuł „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu" - „Legitymacja Zasłużonego Honorowego Dawcy Przeszczepu"
- ☐ Małżonek inwalidy wojennego lub osoby represjonowanej pozostający na ich wyłącznym utrzymaniu, wdowa lub wdowiec po poległym żołnierzu lub zmarłym inwalidzie wojennym lub osobie represjonowanej uprawnionej do renty rodzinnej - „Decyzja wydana przez Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ"
- ☐ Weteran poszkodowany – „Legitymacja weterana poszkodowanego" wydana przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego ds. wewnętrznych lub szefa ABW

Dokładnie i czytelnie wypełniony wniosek wraz z kopiami dostępnej dokumentacji medycznej prosimy przesłać na fax 63 270 86 05 lub na adres: NZOZ Licheń ul. Klasztorna 4, 62-563 Licheń Stary. Wniosek o przyjęcie może złożyć chory lub inna osoba działająca na rzecz chorego, za jego zgodą. Pytania dotyczące składanych wniosków prosimy kierować pod numer telefonu 63 270 86 00.