

Jaszkotle, dnia _____

Imię i nazwisko rodziców/opiekunów_____
Adres zamieszkania_____
PESEL_____
Telefon kontaktowy_____
Seria i nr dowodu osobistego**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO**

Proszę o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego dla Dzieci im. Jana Pawła II prowadzonego przez Zgromadzenie Sióstr Maryi Niepokalanej, Jaszkotle 21 55-080 Kąty Wrocławskie

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

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

lub*
Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

Ze względu na stan zdrowia wymagający leczenia i rehabilitacji oraz całodobowej pielęgnacji.

Podpis wnioskodawcy**Załączniki :**

1. Skierowanie do zakładu opiekuńczo-leczniczego.
2. Wywiad pielęgniarzki i zaświadczenie lekarskie.
3. Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do zakładu opiekuńczego (skala Barthel oraz skala Glasgow dla pacjentów nieprzytomnych).
4. Posiadana dokumentacja medyczna (karty informacyjne, wyniki badań, oryginał karty szczepień, wypisy ze szpitala, karta kwalifikacji do żywienia dojelitowego lub pozajelitowego wraz z karta SGA lub NRS).
5. Aktualne badania (1 m-c): jonogram (sód, potas, magnez, fosfor, wapń), glikemia, lipidogram, mocznik i kreatynina, morfologia z rozmazem, próby wątrobowe: Aspat, Alat, GGTP, fosfataza alkaliczna, układ krzepnięcia (APTT, INR), WR, badanie ogólne moczu (dzieci moczące się – posiew moczu), kał p/pasożytom 3x, potwierdzenie 3-krotnego szczepienia p/WZW B.
6. Aktualny dokument ubezpieczenia zdrowotnego.
7. Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności.
8. Zgoda na pobyt i leczenie przedstawiciela ustawowego osoby kierowanej do zakładu opiekuńczego.
9. Kserokopia dowodu osobistego rodzica (opiekuna prawnego).
10. Wyciągaktuurodzeniazpieczętkąnaodwrociepotwierdzającąadresstałegozameldowaniadzieckaoraznumer PESEL dziecka.
11. Dokumenty potwierdzające wysokość dochodów.