

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO**

Nazwisko i imię pacjenta:

Zamieszkały w:

Nr dowodu osobistego: PESEL:

Proszę o skierowanie mnie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego NZOZ Dom Sue Ryder prowadzony przez PALLMED Sp. z o.o. w Bydgoszczy.

Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie zgodnie z obowiązującymi przepisami.

W załączeniu:

1. Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie.
2. Ocena pacjenta w skali Barthel.
3. Skala Glasgow.
4. Dokumenty stwierdzające wysokość dochodu (decyzja ZUS, KRUS, MOPS).
5. Kserokopia dowodu osobistego.

.....
podpis pacjenta/opiekuna

Opinia lekarza Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego:

.....
.....

Data :

.....
podpis i pieczętka lekarza