

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
PESEL

.....
Adres zamieszkania lub miejsce aktualnego pobytu

.....
Tel. kontaktowy

.....
Dane opiekuna prawnego, rodziny lub osoby sprawującej opiekę (oraz telefon kontaktowy)

Starogard Gdański, dnia

WNIOSEK

Proszę o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego psychiatrycznego w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. St. Kryzana w Starogardzie Gdańskim.

Załączniki:

1. Skierowanie do szpitala psychiatrycznego
2. Zaświadczenie lekarskie stwierdzające, że osoba ubiegająca się o skierowanie wymaga opieki, pielęgnacji i rehabilitacji oraz leczenia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym psychiatrycznym
3. Karta „Opis stanu zdrowia osoby kierowanej do zakładu opiekuńczo-leczniczego psychiatrycznego” stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia
4. Wywiad pielęgniarzki wraz z skalą Barthel
5. Dokumenty stwierdzające wysokość dochodów
6. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na pobyt i ponoszenie odpłatności

.....
Data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego