



.....
(imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do ZOL
lub przedstawiciela ustawowego)

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(Miejscowość , data)

.....
(Kod pocztowy, miejscowość)

.....
(Nr PESEL)

.....
(Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

WNIOSEK

o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Krzemieniej

Proszę o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krzemieniej ze względu na stan zdrowia oraz brak możliwości zabezpieczenia opieki w środowisku domowym

Zobowiązuję się również do niezwłocznego opuszczenia zakładu po uzyskaniu w ocenie samodzielności wg skali Barthel, powyżej 40 punktów (po dokonaniu wypisu przez lekarza).

Osoba wskazana przez pacjenta do kontaktu z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym
w Krzemieniej

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Telefon.....

Email.....

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego