

Kościan, dnia

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(PESEL)

ZGODA NA ODBIÓR NALEŻNOŚCI

Wyrażam zgodę na odbiór należności w związku z przyznaniem mi zasiłkiem stałym wyrównawczym z tytułu opłaty za mój pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym SP ZOZ w Kościanie, zgodnie z art.34a ust.1 i 2 ustawy z dnia 30.08.1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91 poz. 408 ze zm.)

.....
(podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu lub jej przedstawiciela ustawowego)

DEKLARACJA

**Osoby ubiegające się o skierowanie / osoby skierowanej
do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego SP ZOZ w Kościanie**

dotycząca ponoszenia opłaty za pobyt w ZOL

1. Deklaruję, że opłatę za mój pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym SP ZOZ Kościan uiszczam będą co miesiąc (do 25-go każdego miesiąca) w kasie Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kościanie, ul. Szpitalna 7, w wysokości odpowiadającej 250 % najniższej emerytury jednak nie więcej niż 70 % mojego miesięcznego dochodu (zgodnie z art. 34a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91 poz. 408 z póź. zm.).
2. Jednocześnie przedkładam w załączeniu zgodę na potrącanie opłaty z otrzymywanego przeze mnie świadczenia emerytalno – rentowego, która będzie aktualna jedynie w przypadku nie dotrzymania przeze mnie punktu 1 niniejszej deklaracji.

.....
(podpis osoby składającej deklarację)

.....
(podpis osoby przyjmującej deklarację)

Kościan, dnia

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(PESEL)

ZGODA NA POTRĄCENIE OPŁATY

Wyrażam zgodę na potrącenie przez ZUS (lub inny zakład emerytalno-rentowy) opłaty za mój pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym SP ZOZ w Kościanie ze świadczenia emerytalno-rentowego (emerytura, renta, renta socjalna) przyznanego mi decyzją z dnia zgodnie z art. 34a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 30.08.1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91 poz. 408 ze zm.)

.....
(podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu lub jej przedstawiciela ustawowego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego

.....
rok urodzenia

adres

I. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki)

II. Badanie przedmiotowe: waga, ciepłota

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe

2. Układ oddechowy

3. Układ krążenia: wydolny – niewydolny*), ciśnienie krwi,
tętno/min

4. Układ trawienia

5. Układ moczowo-płciowy

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów:

8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza):

9. Schorzenie współistniejące: *)

a) choroba zakaźna **tak – nie**, jeśli tak, to jaka?
.....

b) gruźlica **tak – nie**, jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym **tak – nie**

c) narkomania **tak – nie**

d) choroba psychiczna **tak – nie**, jeśli tak, to jaka?
.....

III. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga:
całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji i w chwili badania nie wymaga
hospitalizacji. *)

IV. Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciela
ustawowego *). Wyrażam/nie wyrażam *) zgody na gromadzenie i przechowywanie
danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.

.....
(data i podpis osoby kierowanej
do zakładu lub jej przedstawiciela
ustawowego *)

.....
(pieczęć, podpis lekarza, data)

*) Niepotrzebne skreślić

Informacja dla rodziny dzieci martwo urodzonych (bez względu na czas trwania ciąży)

1. Zwłoki dzieci martwo urodzonych (bez względu na czas trwania ciąży) mogą być pochowane przez osoby uprawnione (§ 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 7.12.2001r. w sprawie postępowania ze zwłokami, szczątkami ludzkimi (Dz. U. Nr 153, poz. 1783 ze zm.)).
2. Do osób uprawnionych do pochowania dzieci martwo urodzonych, zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z 31.01.1959r. o cmentarzach i chowaniu zwłok (Dz. U. z 2002r. Nr 23, poz. 295 ze zm.) zalicza się :
 - a) krewnych wstępnych (rodziców, dziadków, pradziadków)
 - b) krewnych bocznych do 4 stopnia pokrewieństwa
 - c) osoby, które do tego dobrowolnie się zobowiązują.
3. Kartę zgonu wypełnia się dla dzieci martwo urodzonych (bez względu na czas trwania ciąży) wyłącznie na wniosek osób, o których mowa w pkt 2.
4. Osobie, o której mowa w pkt 2 i 3 Szpital wydaje zwłoki dzieci martwo urodzonych (bez względu na czas trwania ciąży) po złożeniu przez tę osobę oświadczenia, że odbiera zwłoki w celu pochówku.

Powyższą informację zrozumiałem(am) i potwierdzam to własnoręcznym podpisem

Kościan dnia

Podpis

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Nie wnioskuję o wydanie karty zgonu *
2. Wnioskuję o wydanie karty zgonu *

Kościan dnia

Podpis

* Skreślić niewłaściwe

ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY

Data

PLAN OPERACJI

Lp	Imię i nazwisko	Lat	Rodzaj zabiegu	Choroby dodatkowe	Zespół operacyjny

Informacja dla rodziny dzieci martwo urodzonych (bez względu na czas trwania ciąży)

1. Zwłoki dzieci martwo urodzonych (bez względu na czas trwania ciąży) mogą być pochowane przez osoby uprawnione (§ 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 7.12.2001r. w sprawie postępowania ze zwłokami, szczątkami ludzkimi (Dz. U. Nr 153, poz. 1783 ze zm.)).
2. Do osób uprawnionych do pochowania dzieci martwo urodzonych, zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z 31.01.1959r. o cmentarzach i chowaniu zwłok (Dz. U. z 2002r. Nr 23, poz. 295 ze zm.) zalicza się :
 - a) krewnych wstępnych (rodziców, dziadków, pradziadków)
 - b) krewnych bocznych do 4 stopnia pokrewieństwa
 - c) osoby, które do tego dobrowolnie się zobowiązują.
3. Kartę zgonu wypełnia się dla dzieci martwo urodzonych (bez względu na czas trwania ciąży) wyłącznie na wniosek osób, o których mowa w pkt 2.
4. Osobie, o której mowa w pkt 2 i 3 Szpital wydaje zwłoki dzieci martwo urodzonych (bez względu na czas trwania ciąży) po złożeniu przez tę osobę oświadczenia, że odbiera zwłoki w celu pochówku.

Powyższą informację zrozumiałem(am) i potwierdzam to własnoręcznym podpisem

Kościan dnia

Podpis

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Nie wnioskuję o wydanie karty zgonu *
2. Wnioskuję o wydanie karty zgonu *

Kościan dnia

Podpis

* Skreślić niewłaściwe

DO PRACOWNI SEROLOGII TRANSFUZJOLOGICZNEJ

SKIEROWANIE NA BADANIE KWALIFIKUJĄCE
DO PODANIA IMMUNOGLOBULINY ANTY-D

Nazwisko i imię matki.....

Data urodzenia Imię ojca

Nr ewidencyjny PESEL

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

Adres

Grupa krwi

Przebieg porodu/poronienia
(Wykonywane zabiegi, tydz. ciąży)

Poprzednie ciąży

Leczenie krwią

Noworodek

Data i godzina urodzenia

.....
Czytelny podpis osoby pobierającej krew

.....
podpis i pieczęć lekarza kierującego

Uwaga: Skierowanie należy dostarczać razem z wynikiem grupy