

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO
W SZELEJEWIE DRUGIM 10A**

Dane świadczeniobiorcy:

.....
Nazwisko i imię

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer PESEL a w przypadku jego braku numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Ja niżej podpisany/-a zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Szelejewie Drugim 10A i jednocześnie wyrażam zgodę na ponoszenie odpłatności za pobyt według ustalonej stawki zawartej w umowie.

Ja niżej podpisany/-a zwracam się z prośbą o przyjęcie.....,
(Nazwisko i imię Pacjenta)
której/go jestem przedstawicielem ustawowym do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Szelejewie Drugim 10A i jednocześnie wyrażam zgodę na ponoszenie odpłatności za pobyt według ustalonej stawki zawartej w umowie.

.....
Miejscowość, data i podpis świadczeniobiorcy

Szelejewo, dnia.....

Dom Zdrowia i Spokoju Sp. z o.o.
Szelejewo Drugie 10A
63-820 Piaski

Uprzejmie proszę o odstąpienie od przeprowadzenia sekcji zwłok zmarłego

....., lat

przebywającego w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym DZiS w Szelejewie w dniach

od do, zmarłego w dniu

Jednocześnie zaznaczam, iż przyczyna zgonu jest mi znana a do zastosowanego leczenia nie wnoszę żadnych zastrzeżeń.

.....
(czytelny podpis przedstawiciela ustawowego)

Popieram wniosek o odstąpienie od sekcji zwłok, przyczyna zgonu nie budzi zastrzeżeń.

ROZPOZNANIE:

Jednocześnie nie zachodzą okoliczności obowiązkowego przeprowadzenia sekcji zwłok określona w art. 31 ust.4 ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej (Dz.U.2013 poz. 217 j.t z późn.zm.)

.....
Pieczętka i odpis lekarza stwierdzającego zgon

.....
Kierownik ZOL DZiS

Załącznik nr 5 do umowy

Karta depozytu przedmiotów lub gotówki do depozytu Nr

1.
(imię i nazwisko)

2.
(adres zamieszkania)

3.
(adres do korespondencji jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

4.
(PESEL)

5. Przedmioty lub gotówka składana do depozytu

Lp.	Nazwa przedmiotu	Opis przedmiotu	Ilość
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

.....
(data sporządzenia karty)

.....
(podpis pacjenta lub osoby uprawnionej)

.....
(czytelny podpis osoby przyjmującej spis)