

Cibórz, dnia .....

**Załącznik nr 7**

**do Zarządzenia Wewnętrznego Nr 43/2018 . z dnia 04 grudnia 2018r.**

Dotyczy potwierdzenia umieszczenia na liście osób oczekujących na przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego w Ciborzu\*

(w przypadku pacjenta ubezwłasnowolnionego podpisuje opiekun prawny i dołącza postanowienie sądu)

Pana (-i)..... ur.....

zam..... PESEL.....

adres korespondencyjny .....

tel. kontaktowy .....

ubezwłasnowolniony (-a) (całkowicie, częściowo).....

opiekun prawny (kurator) .....

inne postanowienia Sądu .....

1) Zostałem (-am) poinformowany (-a) o wpisaniu na listę osób oczekujących na przyjęcie do ZO-L, pozycja nr .....

2) Po wpisaniu w kolejkę osób oczekujących do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego zobowiązuję się zgłosić do Kierownika ZO-L.

3) Wyrażam zgodę na umieszczenie mnie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych SP ZOZ w Ciborzu i na odpłatność za pobyt w tutejszej placówce zgodnie z art. 18 ust. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2017r. poz. 1938 z późn. zm.) w związku z art. 8 ust. 3 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004r. (tj. Dz.U. z 2017r. poz. 1769 z późn. zm.).

\_\_\_\_\_  
Podpis pacjenta lub/i opiekuna prawnego

\_\_\_\_\_  
Podpis lekarza dyżurnego Izby Przyjęć

\*Potwierdzenie w dwóch egzemplarzach (dla pacjenta/ opiekuna prawnego i Kierownika ZO-L)

**Adres do korespondencji:**

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny

Dla Nerwowo i Psychicznie Chorych

SP ZOZ w Ciborzu

Kierownik Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego

66-213 Skąpe

tel. (68) 34-19-455, 34-19-335 - wew. 295 lub 236

\*Potwierdzenie w dwóch egzemplarzach (dla pacjenta/ opiekuna prawnego i Kierownika ZO-L)