



PROCEDURA PRZYGOTOWANIA DOKUMENTACJI PACJENÓW KIEROWANYCH DO ZAKŁADU

Warunkiem przyjęcia pacjenta do ZOL jest złożenie kompletu
niezbędnych dokumentów:

1. Prośba o przyjęcie do ZOL w Przemyślu. Wniosek wypełnia:
 - a) osoba ubiegająca się o umieszczenie w zakładzie
 - b) przedstawiciel ustawowy
2. Zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza POZ, lekarza specjalistę lub lekarza prowadzącego w szpitalu.
3. Dokumentacja wypełniona przez pielęgniarkę środowiskową/rodzinną lub pielęgniarkę w szpitalu:
 - a) wywiad pielęgniarski
 - b) kwalifikacja pielęgniarska do objęcia opieką w zakładach ZOL (wg zmodyfikowanej skali Barthel)
4. Dokumenty stwierdzające wysokość dochodu osoby ubiegającej się do zakładu:
 - a) kserokopia decyzji ZUS/KRUS/MOPR/MOPS/GOPS ustalająca wysokość świadczenia
 - b) ostatni odcinek renty lub emerytury
 - c) inne zaświadczenia o dochodach
5. Zgoda pacjenta na ponoszenie kosztów związanych z pobytem w ZOL
6. Wniosek o wydanie skierowania do ZOL Caritas
7. Skierowanie do ZOL Caritas
8. Dowód osobisty i legitymacja ubezpieczenia zdrowotnego do wglądu
9. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności
10. Wypisy z wcześniejszych hospitalizacji



Centrum Medyczo-Charytatywne im. Św. Józefa
w Przemyślu
ZOL - ogólny

Zasady przyjęcia i pobytu w Zakładzie Opiekuńczo- Leczniczym Centrum Medyczo- Charytatywnego Caritas w Przemyślu

Podstawa prawna:

- art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 ze zm.)
- art. 8 pkt 3-13 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U.2004 Nr 64 poz 593 z późniejszymi zmianami)
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654 z późniejszymi zmianami)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz.U. poz. 731)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

1. Do Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego (ZOL) Centrum Medyczo-Charytatywnego w Przemyślu mogą zostać przyjęte osoby, które w klasyfikacji Skali Barthel mieszczą się w skali od 0 do 40 punktów.
2. Z wnioskiem o przyjęcie do ZOL może wystąpić pacjent/pacjentka lub jego/jej opiekun prawny.
3. W przypadku, gdy stan zdrowia osoby ubiegającej się o przyjęcie do ZOL nie pozwala na świadome podjęcie decyzji, a wnioskodawca nie posiada opiekuna prawnego, zgodę na umieszczenie w placówce może wyrazić Sąd Rejonowy, właściwy dla miejsca zamieszkania.
4. Termin przyjęcia wyznaczony jest w zależności od liczby wolnych miejsc, zgodnie z kolejnością osób oczekujących.
5. Osoba ustanowiona przez pacjenta do kontaktu z ZOL zobowiązana jest do poinformowania Zakładu o rezygnacji z ubiegania się o przyjęcie pacjenta do ZOL, bez względu na powód rezygnacji. W przypadku rezygnacji z proponowanego terminu przyjęcia pacjent zostaje skreślony z listy osób oczekujących.
6. Decyzja o pobycie w ZOL wydawana jest na czas nieokreślony.
7. Jeśli w trakcie pobytu pacjent/ka przekroczy punktację Skali Barthel, okres jego/jej przebywania w ZOL zostaje skrócony do I miesiąca od daty przekroczenia.
8. Odpłatność za pobyt w ZOL zgodnie z ustawą (art. 34a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o Zakładach Opieki Zdrowotnej Dz. U. z 2007 nr 14, późn. zm., oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach Dz. U. z 27.08.2004 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) wynosi; kwota odpowiadająca 250% najniższej emerytury, nie więcej jednak niż 70% dochodu pacjenta/pacjentki – Są to koszty zakwaterowania i wyżywienia. Wysokość odpłatności ustala się ponownie po każdorazowej zmianie wysokości dochodu pacjenta, który przebywa w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Pacjent jest zobowiązany zawiadomić zakład opiekuńczo-leczniczy o wszelkich zmianach dotyczących wysokości dochodu.



Centrum Medyczo-Charytatywne im. Św. Józefa
w Przemyślu
ZOL - ogólny

9. Koszty świadczeń zdrowotnych pokrywa Narodowy Fundusz Zdrowia.
 10. W dniu przyjęcia pacjenta do Zakładu obowiązkowa jest obecność członka rodziny lub opiekuna ustawowego pacjenta z dowodem tożsamości.
 11. Rodzina zobowiązana jest do wymiany bielizny prywatnej pacjenta.
 12. Zakład nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy wartościowe pacjenta (biżuteria, pieniądze, protezy zębowe i aparaty słuchowe).
 13. Zakład nie wyraża zgody na dodatkowe zabiegi, konsultacje oraz rehabilitację, która nie została zlecona przez lekarza prowadzącego.
 14. Za ewentualne zniszczenia przez pacjenta przedmiotów, rzeczy będących własnością ZOL odpowiedzialność ponosi pacjent /rodzina.
 15. Odwiedziny pacjenta odbywają się w godz. 11.00 - 20.00
 16. Wyjście pacjenta na przepustkę możliwe jest za zgodą lekarza prowadzącego.
 17. W przypadku wypisu pacjenta z Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego do domu lub innych placówek, należy złożyć ponownie dokumenty pacjenta do powtórnego przyjęcia do Zakładu.
 18. Na terenie ZOL obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu oraz spożywania alkoholu pod groźbą natychmiastowego wypisu.
 19. Ze względów epidemiologicznych lub z innych ważnych przyczyn może być okresowo wprowadzony zakaz odwiedzania pacjentów.
 20. Odwiedzającym nie wolno:
 - zakłócać procesu pracy, przebywać w pomieszczeniach służb medycznych, gospodarczych i technicznych (gabinetach zabiegowych, kuchni, itp.).
 21. Osoba odwiedzająca pacjenta jest zobowiązana zapoznać się z niniejszym regulaminem, zachowywać się w czasie pobytu w Zakładzie kulturalnie, podporządkować się poleceniom i wskazówkom personelu. Osoby, które nie stosują się do postanowień niniejszego regulaminu lub do wskazówek personelu, albo naruszają dobra osobiste pacjentów podlegają wydaleniowi poza obręb zakładu oraz mogą być w ogóle pozbawione praw odwiedzania pacjentów.
- Przyjąłem/am do wiadomości i stosowania powyższe zasady.



Centrum Medyczno-Charytatywne im. Św. Józefa
w Przemyślu
ZOL - ogólny

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo
Leczniczego w Przemyślu.

Jednocześnie nadmieniam, że ze względu na stan zdrowia oraz niesprawność
czynnościową, wymagam całodobowej opieki, której rodzina nie jest w stanie mi
zapewnić.

Imię i nazwisko Pacjenta _____

PESEL _____

Adres (z kodem pocztowym) _____

Imię i nazwisko opiekuna _____

Adres i telefon kontaktowy (opiekuna) _____

podpis pacjenta lub jego ustawowego opiekuna



Centrum Medyczno-Charytatywne im. Św. Józefa
w Przemyślu
ZOL - ogólny

WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO- LECZNICZEGO

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

Imię i nazwisko _____

Adres zamieszkania _____

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

Miejscowość, data i podpis



Centrum Medyczo-Charytatywne im. Św. Józefa
w Przemyślu
ZOL - ogólny

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

Niniejszym kieruję:

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Nr telefonu do kontaktu

Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

Dotychczasowe leczenie

Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia (tak/nie*)

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca¹

Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia (tak/nie)*

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)²

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)^{***}

– do zakładu opiekuńczo-leczniczego.

Miejscowość, data

Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

pieczęć podmiotu leczniczego

¹ Jeżeli jest wymagana.

² Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.



Centrum Medyczno-Charytatywne im. Św. Józefa
w Przemyślu
ZOL - ogólny

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Dane świadczeniobiorcy

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

2. Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji (zaznaczyć właściwe, ewentualnie opisać):

a) odżywianie

– samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik
- karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem
- zakładanie zgłębnika
- inne niewymienione

b) higiena ciała

– samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie – toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheostomijnej
- inne niewymienione

c) oddawanie moczu

– samodzielny/przy pomocy/utrudnienia* cewnik

- inne niewymienione

d) oddawanie stolca

– samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- pielęgnacja stomii
- wykonywanie lewatyw i irygacji
- inne niewymienione

e) przemieszczanie pacjenta

– samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- z zaawansowaną osteoporozą
- którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności
- inne niewymienione

f) rany przewlekłe

- odleżyny
- rany cukrzycowe
- inne niewymienione

g) oddychanie wspomagane

h) świadomość pacjenta: tak/nie/z przerwami*

i) inne

3. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel **/****

Miejscowość, data

Podpis oraz pieczęć pielęgniarki



Centrum Medyczno-Charytatywne im. Św. Józefa
w Przemyślu
ZOL - ogólny

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/ nie wymaga* skierowania do zakładu opiekuńczo -
leczniczego/ zakładu pielęgnacyjno opiekuńczego*.

Miejscowość, data

Podpis oraz pieczęć lekarza

* Niepotrzebne skreślić

** W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 205, poz. 1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel. * *

* W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: "nie ma zastosowania"



Centrum Medyczno-Charytatywne im. Św. Józefa
w Przemyślu
ZOL - ogólny

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/
PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM¹**

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

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

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel ²		
Lp	Czynność ³	Wynik ⁴
1.	Spożywanie posiłków 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 - samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie 0 - nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 - większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 - samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała 0 - zależny 5 - niezależny lub pod prysznicem	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0 - nie porusza się lub < 50 m 5 - niezależny na wózku, wliczając zakręty > 50 m 10 - spacerzy z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 - niezależny, ale może potrzebować pomocy, np. laski > 50 m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 - nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 - samodzielny	
8.	Ubieranie i rozbieranie się 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9.	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje stolec	
10.	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 - sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu 10 - panuje, utrzymuje mocz	
Wynik kwalifikacji ⁵		

.....
(Data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego)

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga¹ skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym¹.

.....
.....

.....
(Data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
albo lekarza zakładu opiekuńczego)

¹ Niepotrzebne skreślić.

² Mahoney, Barthel, „Badanie funkcjonalne. Wskaźnik Barthel”, Maryland State Med Journal 1965, 14 56-61. Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

³ W lp 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.

⁴ Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

⁵ Należy wpisać uzyskaną sumę punktów.



Centrum Medyczno-Charytatywne im. Św. Józefa
w Przemyślu
ZOL - ogólny

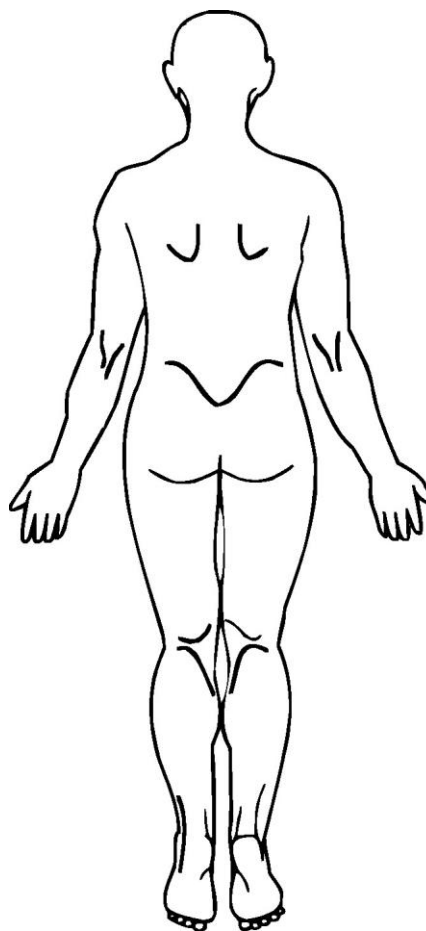
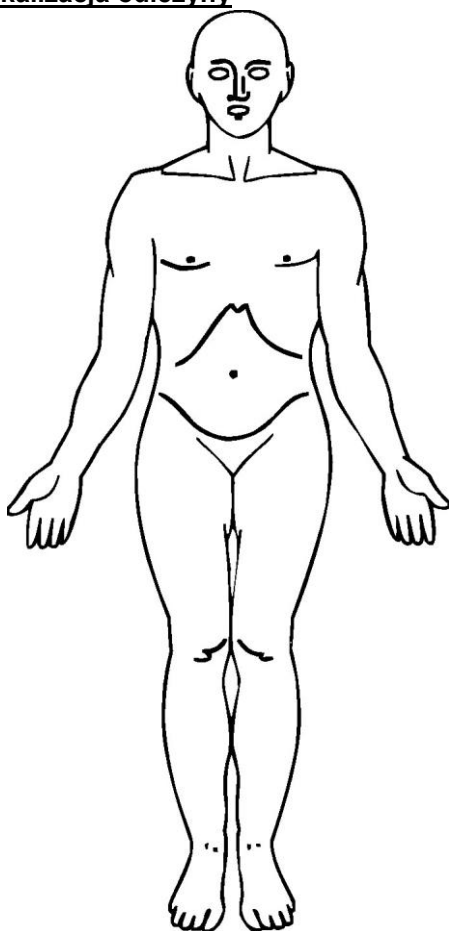
.....
Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

Szanowny Pan/Pani Doktor

Prosimy o wypełnienie, jeżeli u kierowanego do Nas pacjenta występują odleżyny

Nazwisko imię

Lokalizacja odleżyny



Dane dodatkowe

Stopień (I-V)

Infekcja

Odór

Ból

Krwawienie

.....
data, podpis i pieczęć lekarza



Centrum Medyczno-Charytatywne im. Św. Józefa
w Przemyślu
ZOL - ogólny

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Imię i nazwisko _____ Adres _____

Oświadczam, że zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (DE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych RODO - Dz.U. UE L 119, s. 1) **wyrażam** zgodę na przetwarzanie przez

CENTRUM MEDYCZNO-CHARYTATYWNE im. św. Józefa w Przemyślu, ul. Słowackiego 85, 37-700 Przemyśl, moich danych osobowych w celu i zakresie niezbędnym do:

Cel przetwarzania	TAK*	NIE*
Świadczenia usług medycznych		
kontakt telefoniczny, e-mail, pocztowy		
przechowywania danych do późniejszego wykorzystania w celu świadczenia dalszych usług medycznych		

*wyrażenie zgody - zaznaczyć x przy wyborze TAK/NIE

Ks. Artur Janiec, jako administrator danych osobowych, informuje Pana/Panią, iż: podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne we wskazanych powyżej celach; posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania; informujemy, iż Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane innym odbiorcom danych jedynie w celach koniecznych do realizacji zadania i po uprzednim poinformowaniu Panią/Pana o tym fakcie; Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane; Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich (poza kraje Unii Europejskiej i EOG - Norwegia, Islandia, Lichtenstein);

kontakt do Inspektora Ochrony Pani/Pana danych m.litwin@caritas.pl podane dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 pkt a) i zgodnie z treścią ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (RODO).; dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wymienionych powyżej celów oraz wynikających z ich tytułu roszczeń;

podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem świadczenia pomocy charytatywno-opiekuńczej i humanitarnej. Brak podania danych osobowych będzie skutkowało niemożnością udzielenia wsparcia; ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Miejscowość, data, podpis



Centrum Medyczno-Charytatywne im. Św. Józefa
w Przemyślu
ZOL - ogólny

OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

PESEL

Telefon kontaktowy

ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na ponoszenie kosztów wyżywienia i zakwaterowania oraz potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie w wysokości 70 % mojego dochodu (świadczenia emerytalne, rentowe, zasiłek, renta socjalna*) oraz uiszczenie należnych opłat i dokonanie przelewu na konto: **Bank Pekao S.A O. Przemyśl numer: 89 1240 2568 1111 0010 7105 2073**

Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w _____

Podpis pacjenta lub opiekuna ustawowego

Podstawa prawna: Art. 18 ustawy z dn. 27.08.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

* właściwe podkreślić



Centrum Medyczno-Charytatywne im. Św. Józefa
w Przemyślu
ZOL - ogólny

UPOWAŻNIENIE PACJENTA

Imię i Nazwisko: _____ PESEL: _____

1. Upoważniam Pana/Panią _____
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

adres zamieszkania _____

Nr telefonu kontaktowego: _____

Do odbioru depozytu oddziałowego.*

Nie upoważniam nikogo do odbioru depozytu oddziałowego.*

2. Odwołuję wszystkie złożone przed dniem dzisiejszym upoważnienia.*

Przemyśl, dnia _____

podpis pacjenta

podpis osoby upoważnionej przez pacjenta

*Niepotrzebne skreślić



Centrum Medyczo-Charytatywne im. Św. Józefa
w Przemyślu
ZOL - ogólny

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Imię i Nazwisko: _____ PESEL: _____

1. Upoważniam Pana/Panią

(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

Do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.*

Nie upoważniam nikogo do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych*

2. Upoważniam Pana/Panią

(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

Do dostępu do mojej dokumentacji medycznej.*

Nie upoważniam nikogo do dostępu do mojej dokumentacji medycznej.*

3. Upoważniam Pana/Panią

(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

Do dostępu do mojej dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci.*

Nie upoważniam nikogo do dostępu do mojej dokumentacji medycznej w przypadku śmierci.*

Odwołuję wszystkie złożone przed dniem dzisiejszym upoważnienia.*

podpis pacjenta

podpis osoby upoważnionej przez pacjenta

*-niepotrzebne skreślić



Centrum Medyczno-Charytatywne im. Św. Józefa
w Przemyślu
ZOL - ogólny

Dane dodatkowe osoby ubiegającej się o przyjęcie

1. _____
(imię i nazwisko)

2. _____
(miejsce i data urodzenia dzień – miesiąc – rok)

3. _____
(dokładny adres zamieszkania)

(PESEL)

(seria i numer dowodu osobistego)

(imiona rodziców)

4. _____
(numer legitymacji ubezpieczeniowej, legitymacji emeryta/rencisty, data wydania)

5. _____
(adres i telefon kontaktowy opiekuna, rodziny)

Oświadczam, że stosownie do treści art. 23 pkt. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz 833 z 1997r.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych również i w przyszłości, w związku z prowadzonym postępowaniem o umieszczenie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy.

miejsce, data i podpis pacjenta