

REGULAMIN ZASAD PRZYJĘCIA I POBYTU W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM PRZY SZPITALU W KAMIENIU POMORSKIM

I. ZASADY OGÓLNE

1. Podstawa prawna:
 - art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. z 2008r. 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
2. Ilekroć w niniejszych Zasadach mowa jest o:
 - a. ZOL, Zakładzie, rozumie się przez to: **Zakład Opiekuńczo-Leczniczy przy Szpitalu w Kamieniu Pomorskim**
 - b. Szpitalu rozumie się przez to: **Szpital w Kamieniu Pomorskim**
 - c. pensjonariuszu bez bliższego określenia, pacjencie, rozumie się przez to osobę skierowaną do ZOL i w nim przebywającą.
3. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy przy Szpitalu w Kamieniu Pomorskim jest zakładem o profilu ogólnym. W Zakładzie obejmowane są opieką osoby, które: ukończyły 18 rok życia, przebyły leczenie szpitalne i mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, ale które ze względu na stan zdrowia i niesprawność fizyczną, brak samodzielności w samoobsłudze i pielęgnacji oraz konieczność stałej kontroli lekarskiej, powinny przebywać w specjalistycznej placówce.
4. Do Zakładu nie są przyjmowane osoby: przed ukończeniem 18 roku życia, wymagające mechanicznej wentylacji; których podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa (w takim przypadku wskazana jest opieka paliatywna lub hospicyjna), choroba psychiczna lub uzależnienie (należy korzystać z leczenia w oddziale opieki psychiatrycznej lub odwykowym).
5. Świadczenia Zakładu obejmują usługi z zakresu: opieki lekarsko-pielęgniarskiej, rehabilitacji, świadczeń psychologa, logopedy, terapii zajęciowej, edukacji zdrowotnej.
6. Pobyt w ZOL jest współfinansowany przez pensjonariusza w części pokrywającej koszty zakwaterowania i wyżywienia w wysokości ustalonej art. 18 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Koszty świadczeń zdrowotnych pokrywa Narodowy Fundusz Zdrowia.
7. Przepisy stanowiące o obowiązkach pensjonariusza dotyczące ustalania i ponoszenia odpłatności za pobyt w ZOL stosuje się odpowiednio do obowiązków opiekuna prawnego lub kuratora w przypadku działania za pensjonariusza tych osób.

Przepisy niniejszych Zasad mają zastosowanie również do pensjonariuszy przebywających w ZOL w dniu ich wejścia w życie, w szczególności dotyczy to obowiązku zawarcia umowy na ponoszenie odpłatności.

II . ZASADY PRZYJĘCIA DO ZOL

8. Do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego przy Szpitalu w Kamieniu Pomorskim (ZOL) mogą być przyjęte osoby, które w klasyfikacyjnej Skali Barthel nie przekraczają 40 punktów.
9. Podstawą przyjęcia jest skierowanie wydawane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Wzór skierowania jest zamieszczony na stronie internetowej Szpitala w zakładce „Zakład Opiekuńczo-Leczniczny”
10. Do skierowania dołącza się;
 - Wniosek o wydanie skierowania;
 - Zaświadczenie lekarza psychiatry o braku przeciwwskazań do pobytu w ZOL o profilu ogólnym – dotyczy chorych z zaburzeniami psychicznymi;
 - Wywiad pielęgniarski;
 - Kartę Oceny Świadczeniobiorcy wg. Skali Barthel;
 - Zgody i informacje;
 - Kopie postanowień Sądu: o ubezwłasnowolnieniu, o ustanowieniu opiekuna prawnego / kuratora dla osoby niepełnosprawnej – dotyczy osoby niezdolnej do świadomego decydowania o sobie;
 - Kopie dokumentów potwierdzających wysokość dochodów (wg zasad ujętych w ust. 20);
 - Umowa i Oświadczenie woli dotyczące sposobu regulowania opłat za pobyt pensjonariusza w ZOL

Wzory dokumentów są zamieszczone na stronie internetowej Szpitala w zakładce „Zakład Opiekuńczo-Leczniczny”
11. Z wnioskiem o przyjęcie do ZOL może wystąpić pensjonariusz lub jego opiekun prawny
12. W przypadku, gdy stan zdrowia osoby ubiegającej się o przyjęcie do ZOL nie pozwala na świadome podjęcie decyzji o ubieganiu się o przyjęcie, a wnioskodawca nie posiada opiekuna prawnego, zgodę na umieszczenie w placówce może wyrazić Sąd Rejonowy, właściwy dla miejsca zamieszkania
13. Umieszczenie w kolejce osób oczekujących na przyjęcie jest potwierdzany w formie pisemnej, na adres pensjonariusza/ jego opiekuna prawnego/ osoby upoważnionej przez pacjenta do kontaktów z Zakładem.
14. Termin przyjęcia wyznaczany jest w zależności od liczby wolnych miejsc, zgodnie z kolejką osób oczekujących.
15. W przypadkach nagłych, wynikających ze zdarzeń losowych, uzasadnionych stanem zdrowia, na wniosek ordynatora oddziału Szpitala w Kamieniu Pomorskim, w którym przebywa pacjent, istnieje możliwość skierowania do ZOL w trybie pilnym.
16. Przyjęcie w trybie pilnym oznacza:
 - przyjęcie pacjenta w przypadku nie planowanego zwolnienia się miejsca w ZOL,
 - przyjęcie pacjenta naprzemiennie, tzn.: jednej osoby z kolejki osób oczekujących w trybie zwykłym i jednej osoby z kolejki w trybie pilnym.
17. Osoba ustanowiona przez pacjenta do kontaktu z ZOL jest zobowiązana 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 (rezygnacja z proponowanego terminu wymaga zachowania formy pisemnej).
18. Zakład odmówi przyjęcia wniosku pacjenta, który zawiera braki formalne, tj.mi.:
 - nie jest podpisany przez pacjenta (jego opiekuna prawnego) lub brak jest decyzji Sądu o wyrażeniu zgody na pobyt i leczenie w placówce opiekuńczej;

- brak kwalifikacji w skali Bartel;
- nie są dołączone aktualne informacje o dochodach pacjenta;

III . ZASADY ODPLATNOŚCI ZA POBYT W ZOL

19. Odpłatność za zakwaterowanie i wyżywienie pensjonariusza ustala się na podstawie umowy zawartej najpóźniej w dniu przyjęcia go do ZOL na podstawie dokumentów stwierdzających wysokość dochodu świadczeniobiorcy, w szczególności:
 - 1) decyzji organu rentowego albo emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury, renty albo renty socjalnej; (w przypadku świadczeń zagranicznych dokumenty winny być przetłumaczone na język polski);
 - 2) decyzji o przyznaniu zasiłku stałego;
 - 3) oryginału zaświadczenia o dochodach z zakładu pracy;
20. Umowę, o której mowa w ust. 20 zawiera się na czas pobytu pensjonariusza w ZOL z pensjonariuszem jeżeli posiada on pełną zdolność do czynności prawnej lub z osobą go reprezentującą.
21. Przed zawarciem umowy pensjonariusz jest zobowiązany przedstawić dokumenty poświadczające wysokość jego dochodu.
22. Przy ustalaniu odpłatności uwzględnia się każdy dochód pensjonariusza bez względu na jego źródło. Odpowiedzialność za kompletną informację o dochodach pacjenta spoczywa na wnioskodawcy.
23. Miesięczna opłata za zakwaterowanie i wyżywienie pensjonariusza w ZOL jest ustalana na okres jednego roku zgodnie z art. 18 ustawy 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 roku Nr 164, poz. 1027 z późn.zm.), jest równa kwocie odpowiadającej 250% najniższej emerytury, nie więcej jednak niż 70% dochodu pacjenta.
24. Miesięczna opłata za pobyt ustalana jest ponownie po każdej zmianie wysokości dochodu osoby przebywającej w ZOL i obowiązuje od daty decyzji świadczeniodawcy o zmianie wysokości dochodu.
25. Korzystający ze świadczeń jest zobowiązany do poinformowania niezwłocznie Szpital w Kamieniu Pomorskim o każdorazowej zmianie wysokości dochodu, która stanowi podstawę naliczenia opłaty.
26. Zgodnie z definicją wyrażoną w art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 2 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 182 z późn. zm.) – dalej u.p.s. za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów z miesiąca poprzedzającego, bez względu na tytuł i źródło ich uzyskania, pomniejszoną o:
 - 1) miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych;
 - 2) składki na ubezpieczenie zdrowotne określone w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ubezpieczenia społeczne określone w odrębnych przepisach;
 - 3) kwotę alimentów świadczonych na rzecz innych osób. Ponadto, zgodnie z art. 8 ust. 4 u.p.s. do dochodu ustalonego zgodnie opisanymi wyżej zasadami nie wlicza się:
 - a) jednorazowego pieniężnego świadczenia socjalnego;
 - b) zasiłku celowego;
 - c) pomocy materialnej mającej charakter socjalny albo motywacyjny, przyznawanej na podstawie przepisów o systemie oświaty;
 - d) wartości świadczenia w naturze;
 - e) świadczenia przysługującego osobie bezrobotnej na podstawie przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z tytułu wykonywania prac społecznie użytecznych;
 - f) dochodu z powierzchni użytków rolnych poniżej 1 ha przeliczeniowego

27. Miesięczną opłatę za pobyt w ZOL o której mowa w ust.20 obniża się odpowiednio o liczbę dni udokumentowanej nieobecności w danym miesiącu (tj.: przepustki, pobyty w innym oddziale szpitalnym itp.), przy czym opłatę za dni nieobecności oblicza się w ten sposób, że za dni pobytu poza Zakładem opłata wynosi 70% opłaty pobieranej za dni obecności w Zakładzie
28. Okresowe nieobecności pensjonariusza w ZOL, w szczególności za które odpłatność zostaje pomniejszona, nie wpływają na ważność umowy (nie jest konieczne zawieranie nowej umowy).
29. Pensjonariusz ma możliwość upoważnienia ZOL do występowania w swoim imieniu do instytucji/podmiotów, z których uzyskuje on dochód, z wnioskiem o informację o uzyskiwanych dochodach i uwzględnianiu pozyskanych informacji przy ustalaniu odpłatności. Niezależnie od złożonego upoważnienia, pensjonariusz obowiązany jest do informowania o każdej zmianie wysokości jego dochodów.
30. Opłata za pobyt w ZOL może być wnoszona poprzez wyrażenie zgody na dokonywanie potrąceń z dochodów wypłacanych przez świadczeniodawcę lub uiszczana przez pensjonariusza w terminie wskazanym na przesłanej fakturze VAT po miesiącu, którego odpłatność dotyczy z zastrzeżeniem pkt 32.
- 30.1. Opłata za pierwszy miesiąc pobytu powinna być wniesiona z góry przez pacjenta na podstawie faktury zaliczkowej uwzględniającej pobyt od dnia przyjęcia do ostatniego dnia pierwszego miesiąca pobytu. Opłata za kolejne miesiące będzie naliczana po zakończeniu miesiąca.**
- 30.2. Opłata za niepełny miesiąc pobytu obliczana jest jako iloczyn ilości dni pobytu pacjenta i stawki dziennej. Stawka dzienna obliczana jest każdorazowo jako iloraz miesięcznej stawki wyliczony zgodnie z art. 18 ustawy 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 roku Nr 164, poz. 1027 z późn.zm.) i liczby 30.**
- 30.3. Opłata ustalona według stawki dziennej naliczana jest za każdy rozpoczęty dzień pobytu.**
31. W przypadku naruszenia przez pensjonariusza obowiązków określonych w ust. 31 w wyniku czego powstanie zaległość płatnicza pensjonariusz wyraża zgodę na pokrycie tej zaległości z wszystkich dochodów pensjonariusza wpływających do Ośrodka.
32. W razie zaległości za większą ilość okresów płatniczych bieżące wpłaty zalicza się na zaległość powstałą najwcześniej, chyba że pensjonariusz zastrzeże inaczej.
33. W przypadku nie regulowania w terminie należnej opłaty Zakład zastrzega sobie prawo podjęcia kroków w celu wyegzekwowania zobowiązania na drodze sądowej.
34. W przypadkach szczególnie uzasadnionych Prezes Szpitala może odstąpić od wyżej określonych zasad. Odstępstwo to nie może dotyczyć wysokości ustalanych opłat.
35. Obowiązek zawarcia umowy ustalającej odpłatność za zakwaterowanie i wyżywienie w ZOL dotyczy również pensjonariuszy przebywających w ZOL w dniu wejścia w życie niniejszych zasad.

IV. ZASADY POBYTU

36. W trakcie pobytu pensjonariusza w ZOL raz w miesiącu dokonywana jest ocena jego stanu zdrowia wg klasyfikacyjnej skali Bartel. Jeżeli w trakcie pobytu ocena pensjonariusza według Skali Barthel przekroczy 40 punktów, okres jego przebywania w ZOL zostaje skrócony do 1 miesiąca od daty przekroczenia.
37. Pacjent, którego stan zdrowia w ocenie według klasyfikacyjnej Skali Barthel przekroczy 40 punktów, nie może przebywać w Zakładzie po upływie jednego miesiąca od daty przekroczenia. Jeżeli pacjent:
 - nie zostanie odebrany przez rodzinę/ osoby bliskie/
 - nie zostanie mu zapewniona opieka w środowisku domowym, pensjonariusz lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, zgodnie z art.30 ust.4 Ustawy o działalności leczniczej, ponoszą koszty pobytu pacjenta, począwszy od terminu określonego przez kierownika, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w przepisach odrębnych.

V. OBOWIĄZKI PACJENTA

38. Pacjent zgłaszający się do kontynuacji leczenia lub opieki w Zakładzie powinien poddać się badaniu przez lekarza i pielęgniarkę, a stosownie do potrzeb także czynnościom doprowadzającym jego i jego rzeczy do należytego stanu higieniczno-sanitarnego.
39. Pacjent obowiązany jest stosować się do wszystkich zaleceń i wskazówek lekarzy oraz innych pracowników udzielających świadczeń zdrowotnych oraz przestrzegać ustalonego regulaminu i zarządzeń porządkowych Zakładu. Nie wolno mu przyjmować leków ani poddawać się jakimkolwiek zabiegom bez zalecenia lekarza / pielęgniarki / pracownika medycznego Zakładu w zakresie ich kompetencji.
- 40. Pacjent powinien mieć własne środki higieny osobistej, w tym: mydło, szampon, szczotkę i pastę do zębów, grzebień, ręcznik, środki do higieny intymnej, itp.**
41. Nie wolno przechowywać i spożywać na terenie Zakładu artykułów żywnościowych niewiadomego pochodzenia i przeterminowanych (mogą one ulec konfiskacie i zniszczeniu)
42. Palenie tytoniu może odbywać się jedynie na zasadach określonych w prawie powszechnym.
43. Pacjent jest odpowiedzialny za rzeczy Zakładu oddane mu do użytku na czas leczenia lub opieki. Bez zgody pracownika odpowiedzialnego za funkcjonowanie komórki organizacyjnej chory nie ma prawa przenosić naczyń i przedmiotów z jednego pomieszczenia do drugiego. Pacjent jest obowiązany szanować mienie Zakładu. Za powstałe z winy pacjenta szkody w mieniu Zakładu powinien on wpłacić do kasy Szpitala równowartość rzeczywistego kosztu usunięcia szkód.
44. Pacjent może posiadać przy sobie pieniądze tylko na drobne wydatki. Zakład nie ponosi odpowiedzialności za pieniądze i przedmioty wartościowe będące w posiadaniu pacjenta a nie złożone w depozycie.
45. Podejmowanie pieniędzy i przedmiotów wartościowych przez pacjentów w ramach tzw. depozytu odbywa się za pośrednictwem kadry kierowniczej Zakładu, na podstawie odpowiednio wcześniej złożonego pisemnego wniosku pacjenta lub osób i instytucji uprawnionych (opiekunowie prawni, kuratorzy, sądy itp.). Wykonanie dyspozycji pacjenta w sprawie przedmiotów wartościowych i pieniędzy może wymagać aprobaty właściwego lekarza, jeżeli stan zdrowia pacjenta uzasadnia przypuszczenie, że w innych okolicznościach chory nie podjąłby takiej decyzji.
46. W razie rażącego naruszenia przez pacjenta niniejszego regulaminu, pacjent może być wypisany z Zakładu, jeśli jego stan zdrowia na to pozwala z tym, że wobec osób ubezwłasnowolnionych decyzje podejmowane są w porozumieniu z kuratorem lub opiekunem danej osoby albo właściwym sądem.

VI. OBOWIĄZKI ODWIEDZAJĄCYCH

47. Odwiedziny pacjentów mogą się odbywać w każdy dzień tygodnia w porze dziennej. Ilość odwiedzających i konkretny czas odwiedzin pacjent lub odwiedzający winien uzgodnić z lekarzem lub osobą odpowiedzialną w komórce organizacyjnej za przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych. Odwiedzanie ciężko chorych pacjentów odbywa się za zgodą lekarza. Zaleca się aby odwiedziny pacjentów w zakładzie opiekuńczo-leczniczym planować w każdy dzień tygodnia pomiędzy godziną 10:00, a godz. 19:00. Osoby odwiedzające, upoważnione przez pacjenta, mogą zwracać się o informacje dotyczące jego stanu zdrowia wyłącznie za pośrednictwem lekarza. Mają także obowiązek wylegitymowania się na prośbę pracownika udzielającego świadczeń zdrowotnych
48. Osoby niepełnoletnie mogą odwiedzać pacjentów, jeżeli są w towarzystwie osoby dorosłej. Lekarz może zezwolić na samodzielne odwiedzanie pacjenta osobie z najbliższej jego rodziny, która nie osiągnęła pełnoletniości.
49. Pacjentów mogą odwiedzać wyłącznie osoby zdrowe (nie dotknięte chorobą zakaźną), czyste i schludnie ubrane. Nie wolno odwiedzać pacjentów osobom mogącym

- spowodować zagrożenie stanu sanitarno-epidemiologicznego oraz znajdującym się w stanie wskazującym na spożycie alkoholu.
50. Odwiedzającym nie wolno: zakłócać procesu pracy, przebywać w pomieszczeniach służb medycznych, gospodarczych i technicznych (gabinetach zabiegowych, kuchni, itp.)
 51. Odwiedzający są zobowiązani poinformować osobę odpowiedzialną za funkcjonowanie komórki organizacyjnej, w której pacjent jest leczony, o pozostawionych rzeczach i żywności.
 52. Osobom odwiedzającym pacjentów zabrania się: dostarczenia chorym artykułów żywnościowych niewiadomego pochodzenia i przeterminowanych (mogą one ulec konfiskacie i zniszczeniu) oraz leków i artykułów, które zostały zabronione przez lekarza, przynoszenia przedmiotów niebezpiecznych, wprowadzania zwierząt, zachowań mogących wprowadzić pacjenta w stan niepokoju.
 53. Za szkody w mieniu Zakładu powstałe z winy odwiedzającego (lub z winy będącej pod jego opieką osoby niepełnoletniej) powinien on wpłacić do kasy Zakładu równowartość rzeczywistego kosztu usunięcia szkód. Zakład nie ponosi odpowiedzialności za szkody doznane przez odwiedzających w związku z posiadaniem przez nich na terenie Zakładu pieniędzy i przedmiotów wartościowych.
 54. Ze względów epidemiologicznych lub z innych ważnych przyczyn może być okresowo wprowadzony zakaz odwiedzania pacjentów.
 55. Osoba odwiedzająca pacjenta jest obowiązana 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 wydaleniemu poza obręb Zakładu oraz mogą być w ogóle pozbawione prawa odwiedzania pacjentów

Przyjąłem/am do wiadomości i stosowania powyższe zasady.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis pacjenta / opiekuna prawnego pacjenta

.....dnia
.....
r. (miejsowość) (data)

.....
(imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do ZOL)

.....

.....
(adres zameldowania wraz z kodem pocztowym)

.....
(numer ewidencyjny PESEL)

.....

.....
(adres do korespondencji wraz z kodem pocztowym - wypełnić,
jeżeli inny niż podany powyżej)

.....
(numer telefonu kontaktowego)

**ZAKŁAD
OPIEKUŃCZO - LECZNICZY**
Szpital w Kamieniu
Pomorskim
Sp. z o.o.
ul. Szpitalna 10
72-400 Kamień Pomorski
Tel. 729-058-364

Proszę o wydanie decyzji w sprawie skierowania do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego przy ulicy Szpitalnej 10 w Kamieniu Pomorskim.

Prośbę swoją motywuję
.....
.....

Załączniki do wniosku :

1. **WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO.**
2. **WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE.**
3. **SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO.**
4. **SKALA „BARTHEL” PODPISANA PRZEZ LEKARZA ORAZ PIEŁĘGNIARKĘ POZ lub ODDZIAŁU SZPITALNEGO.**

Wraz z wypełnionym kompletnym podpisanym wnioskiem proszę dostarczyć również :

1. Skierowanie do ZOL na kuponie (recepce) od lekarza POZ lub Oddziału Szpitalnego - który to zawiera prośbę o skierowanie do ZOL oraz skróty jednostek chorobowych pacjenta.
2. Ksero wszystkich dotychczasowych wypisów z przebytego leczenia szpitalnego.
3. Ksero decyzji rentalno - emerytalnej z marca b/r- lub ksero decyzji o przyznaniu zasiłku stałego z MOPS.
4. Ksero przyznanej grupy inwalidzkiej, jeśli chory taką posiada.
5. Ksero wydanego ubezwłasnowolnienia pacjenta - jeśli takie istnieje.
6. Jeżeli pacjent wymaga żywienia przez sondę żołądkową dietą przemysłową należy dostarczyć dokumenty kwalifikujące go do w/w diety oraz skalę NRS lub SGA.
7. Wyniki badań laboratoryjnych wykonanych w okresie od 1-6 m-cy (morfologia, CRP, badanie ogólne moczu, Aspat, Alat, bilirubina, jonogram, glukoza i kreatynina we krwi, HBS), wymaz z odleżyn, EKG oraz RTG klatki piersiowej wykonane w ostatnich 2 latach. Aktualne zdjęcie RTG płuc, jeżeli pacjent ma schorzenie płuc.
8. Negatywny wynik testu SARS-CoV2 musi być wykonany nie wcześniej niż 4 dni przed wyznaczonym terminem przyjęcia.

.....
(podpis osoby ubiegającej się o
skierowanie lub jej przedstawiciela
ustawowego)

Załącznik nr 1. Do wniosku o wydanie decyzji w sprawie skierowania do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Kamieniu Pomorskim.

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO -
LECZNICZEGO
/ ZAKŁADU PIELEGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO**

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres zamieszkania

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy

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

Ocena %wiadczeniobiorcy wg skali
Barthel²)

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

.....
Adres zamieszkania:

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

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel²

Lp.	Czynność ³	Wynik ⁴
1.	Spożywanie posiłków 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu maśłem, itp. lub I 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.	Utrzymywanie 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 wolnym powietrzu; wliczając zakręty > 50m 10 - spacer z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50m	

¹ Niepotrzebne skreślić,

² Mahoney FI, Barthel D., „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 l.p. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.

⁴ Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

	15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski >50m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach : 0 - nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenośzenie 10 - samodzielny	
8.	Ubieranie się i rozbieranie : 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 popuści (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje stolec	
10.	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego: 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to nieśamodzielny 5 - czasami popuści (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje moczu	
		Wynik kwalifikacji ⁵

Wynik oceny stanu zdrowia :

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga 1) skierowania do zakładu opiekuńczego / dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym⁶

.....
.....
.....
.....

.....
data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
lub lekarza zakładu opiekuńczego

.....
data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia
zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego

Załącznik nr 3. Do wniosku o wydanie decyzji w sprawie skierowania do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego.

⁵ Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z IP. 1-10.

⁶ Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg. Skali Barthel, przebywającego w zakładzie opiekuńczym.

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

1. Dane świadczeniobiorcy:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer pesel, w przypadku jego braku - numer potwierdzający 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 zaburzeniami połykania

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 stonii

wykonywanie lewatyw i irygacji

inne niewymienione

e) przemieszczanie pacjenta

- samodzielny / przy pomocy / utrudnienia*

z zaawansowaną osteoporozą

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 ** / ***

.....
miejsowość, data

.....
podpis oraz pieczęć pielęgniarki

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że

.....

.....
imię i nazwisko / adres zamieszkania / PESEL

wymaga / nie wymaga * skierowania do zakładu opiekuńczo - leczniczego / zakładu pielęgnacyjno opiekuńczego *.

* niepotrzebne skreślić

** W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 201, poz.1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. Z dnia 2009r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.) zastępuje ocenę skalą Barthel.

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

Dodatkowy wywiad lekarski:

1. Przyczyna dysfagii:

- a) udar mózgu, przyczyna
- b) guzy głowy czy szyi
- c) neuropatie obwodowe
- d) dystrofia mięśniowa
- e) stany zapalne jamy ustnej czy gardła
- f) zaburzenia czynnościowe
- g) uchyłki przełyku, zapalenie przełyku
- h) twardzina układowa
- i) inne przyczyny.....

2. Założone wkłucia obwodowe

- tak / nie
- data założenia kłucia.....

3. Założony cewnik Foley'a

- tak / nie
- data założenia cewnika.....

4. Stomia

- tak / nie
-rodzaj stomii
- data założenia stomii.....

5. Rurka tracheotomijna

- tak / nie
- data założenia rurki.....

6. Sposób odżywiania:

- a) naturalny
b) inny :
- sonda żołądkowa
- cewnik do żywienia przemysłowego
- gastrostomia
- dożylna

7. Rodzaj podawanego pożywienia a) mix kuchenny

- b) żywienie przemysłowe jakie?.....
c) nie dotyczy

8. Kwalifikacja do żywienia dietą przemysłową

tak / nie

- data kwalifikacji do żywienia przemysłowego.....

9. Odleżyny

- tak / nie
- miejsce wystąpienia odleżyny

10. Owrzodzenia skóry

tak / nie

- miejsca wystąpienia owrzodzeń.....

11. Inne zmiany skórne.....

W przypadku gdy przy przyjęciu stan pacjenta będzie odbiegał zdecydowanie od deklarowanego w powyższym wniosku NIE zostanie on przyjęty do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego.

.....
Data i podpis lekarza

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO - LECZNICZEGO/ ZAKŁADU PIELEGNACYJNO - OPIEKUŃCZEGO*

Niniejszym kieruję:

.....
imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
adres zamieszkania świadczeniobiorcy

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

.....
nr telefonu do kontaktu

.....
nr PESEL, a w przypadku jego braku - nr dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

.....
rozpoznanie w języku polskim wg ICD-10 (choroba zasadnicza, współistniejące)

.....
dotychczasowe leczenie

Potrzeba dotychczasowego leczenia (TAK / NIE)

Liczba punktów w skali BARTHEL, którą uzyska świadczeniobiorca**

Przypadek nagły wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniający stan zdrowia (TAK / NIE)

.....
Lekarz Podstawowej Opieki Zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię i nazwisko, nr tel. do kontaktu)***

.....
Pielęgniarka Podstawowej Opieki Zdrowotnej świadczeniobiorcy, (imię i nazwisko, nr tel. do kontaktu)***

.....
miejsowość, data

.....
podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz
pieczęć podmiotu leczniczego, w przypadku gdy
lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje
zawód w tym podmiocie

* Niepotrzebne skreślić

** Jeżeli jest wymagana

*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy

W przypadku pojawienia się potrzeby zakwalifikowania pacjenta w trybie pilnym prosimy o uzasadnienie pilności przypadku ze względu na stan zdrowia (lekarz) lub ze względu na warunki socjalne (pracownik socjalny).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Podpis i pieczęć lekarza/pracownika socjalnego

OŚWIADCZENIE W SPRAWIE WYRAŻENIA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany....., działając w imieniu własnym, na podstawie art. 23 ust. 1 pkt 1 i art. 27 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym również w przypadku zaistnienia takiej konieczności, wykorzystywania ich w zakresie oznaczonym w złożonym wniosku i załączonych dokumentach.

Jednocześnie potwierdzam, że pouczono mnie o możliwości wglądu w rejestr danych osobowych dotyczących mojej osoby w celu skontrolowania tych danych i ewentualnego poprawienia błędnych danych.

.....
(podpis)

.....dnia.....r.
(miejscowość) (data)

.....
(Imię i nazwisko opiekuna/osoby bliskiej)

.....
(numer PESEL)

.....
(nr telefonu do kontaktu)

.....
Adres zamieszkania

.....
(numer i seria dowodu osobistego opiekuna/osoby bliskiej)

ZGODA I OŚWIADCZENIE PACJENTA/OPIEKUNA PACJENTA

1. Ja niżej podpisana/-y/ oświadczam, że jestem osobą bliską, opiekunem / tj
...../ Pana/Pani
(stopień pokrewieństwa)
2. Wyrażam zgodę na uiszczenie należności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym obliczonej na podstawie wysokości 70% dochodu zgodnie z ustawą o pomocy społecznej (Dz. U. 2009 Nr 175, poz.1362 z póź.zm.)
Po otrzymaniu faktury kwota zostanie wpłacona na konto bankowe 73 1600 1462 1862 3693 5000 0004
3. Zobowiązuję się również jako opiekun, iż w przypadku zakończenia pobytu pacjenta:..... w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Szpital w Kamieniu Pomorskim ul. Szpitalna 10 zgodnie z wydaną decyzją kwalifikującą odebrać pacjenta z placówki w terminie wyznaczonym przez Zakład.
4. W przypadku nieodebrania pacjenta, pacjent zostanie odwieziony na koszt osoby bliskiej/opiekuna na podany niżej adres :

.....
.....
(numer domu, mieszkania, ulica, miejscowość, kod pocztowy)

.....
podpis opiekuna prawnego/pacjenta

LISTA RZECZY KTÓRE PACJENT POWINIEN MIEĆ PRZY PRZYJĘCIU NA ODDZIAŁ :

1. Koszulka z krótkim rękawem – 5 szt.
2. Koszulka z długim rękawem – 2 szt.
3. Ręcznik – 2 szt.
4. Ręcznik kąpielowy – 2 szt.
5. Skarpetki
6. Klapki
7. Bluza rozpinana – 1 szt.
8. Żel pod prysznic
9. Szampon
10. Myjki jednorazowe
11. Balsam do ciała natłuszczający
12. Chusteczki nawilżane – 2 op.
13. Patyczki do uszu
14. Grzebień
15. Krem do twarzy
16. Kubek z dziubkiem do picia
17. Szczoteczka do zębów
18. Pojemnik na protezę , preparat do mycia

protez Dodatkowo mężczyźni:

- maszynka i pianka do golenia

RZECZY OSOBISTE POWINNE BYĆ PODPISANE IMIENIEM I NAZWISKIEM.

RODZINA JEST ZOBOWIĄZANA DO DOSTARCZENIA BRAKUJĄCYCH ŚRODKÓW PIELEGNACYJNYCH PO UZYSKANEJ INFORMACJI OD PERSONELU.

ZOL NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA , ZAGINIONĄ ODZIEŻ ORAZ BIŻUTERIĘ PACJENTA.

.....
Imię i nazwisko (pacjenta)

.....
PESEL

.....
Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

.....
Adres

.....
Nr emerytury/renty

Wyrażam zgodę na potrącenie przez ZUS/OPS/Zakład Emerytalno-Rentowy/KRUS/
MSWiA w.....opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-
Lecznicznym Szpitala w Kamieniu Pomorskim Sp. z o.o. w wysokości 70% z wypłaty mojego
miesięcznego świadczenia tj:

słownie (.....)

i przekazane na konto nr 73 1600 1462 1862 3693 5000 0004 Zakładowi
Opiekuńczo-Lecznicznemu Szpitala w Kamieniu Pomorskim Sp. z o.o.

.....
Data

.....
czytelny podpis pacjenta

Stwierdzam zgodność podpisu

.....
Kierownik ZOL

*niepotrzebne skreślić

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
PESEL

.....
Adres, kod pocztowy

OŚWIADCZENIE

Niniejszym, działając w imieniu własnym zobowiązuję się ponosić odpłatność za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo - Lecznicznym funkcjonującym zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561) oraz § 8 ust.1-3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1755) w związku z art. 9 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633) tj. odpłatność w wysokości odpowiadającej kwocie 250% najniższej emerytury jednakże nie wyżej niż 70% miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

Oświadczam, że uzyskuję miesięczny dochód z następujących

tytułów*: renta w wysokości.....zł,
emerytura w wysokości.....zł,
zasilek stały wyrównawczy w wysokości.....zł,
renta socjalna w wysokości.....zł,
najem/dzierżawa w wysokości.....zł,
prawa autorskie i inne prawa, o których mowa w ustawie o prawie autorskim o prawach pokrewnych w wysokości.....zł,
inne.....zł.

W załączeniu jednocześnie przekazuję kopie dokumentów potwierdzających w/w okoliczności. Zobowiązuję się w terminie 7 dni dostarczyć kopie dokumentów potwierdzające w/w okoliczności. Ponadto oświadczam, że nie uzyskuję innych dochodów niż w/w, na które przedstawiłem/am dokumenty stwierdzające wysokość mojego dochodu, które w związku z tym stanowią podstawę do obliczenia opłaty za mój pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Szpitala w Kamieniu Pomorskim Sp. z o.o.

Jednocześnie zobowiązuję się każdorazowo niezwłocznie informować Zakład Opiekuńczo-Leczniczny Szpitala w Kamieniu Pomorskim Sp. z o.o. o zmianie (zarówno obniżka jak i wzrost) wysokości uzyskiwanego dochodu.

.....
/podpis osoby składającej oświadczenie/

*niepotrzebne skreślić

.....

Imię i nazwisko

.....

PESEL

.....

Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

.....

Adres

O Ś W I A D C Z E N I E

**o ponoszeniu odpłatności za pobyt pacjenta
w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym w Szpitalu w Kamieniu Pomorskim sp. z o.o.,
ul. Szpitalna 10, 72-400 Kamień Pomorskim.**

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że zobowiązuję się do ponoszenia odpłatności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym w Szpitalu w Kamieniu Pomorskim sp. z o.o.

Pan/i :

stopień pokrewieństwa:.....(żona, mąż, inne)

1. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z zasadami przyjęcia, funkcjonowania, pobytu i odpłatności za pobyt oraz warunkami wypisu - określonymi w Regulaminie organizacyjnym ZOL w Szpitalu w Kamieniu Pomorskim sp. z o.o., oraz że je akceptuję.
2. Zobowiązuję się do zapłaty należności za pobyt ww. świadczeniobiorcy w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym w Szpitalu w Kamieniu Pomorskim sp. z o.o zgodnie z terminem zapłaty wskazanym na fakturze wystawionej przez Zakład Opiekuńczo-Leczniczy ww Szpitalu w Kamieniu Pomorskim sp. z o.o. Zobowiązuję się także do pokrycia wszelkich zaległości wynikających z braku tych wpłat. Jednocześnie zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku nieuregulowania należności w terminie nastąpi skreślenie ww. z listy świadczeniobiorców ZOL i odesłanie go do miejsca zamieszkania, bądź ostatniego pobytu, a także dochodzenia zapłaty na drodze postępowania sądowego.
3. Zobowiązuję się do terminowego odbioru ww. świadczeniobiorcy po zakończonym pobycie w tym Zakładzie. W przypadku nieodebrania w wyznaczonym terminie

zobowiązuję się ponieść koszty jego (jej) pobytu począwszy od dnia następnego po wyznaczonym terminie wypisu według cennika obowiązującego w ZOL.

4. Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych, dotyczących mojej osoby, w tym numeru PESEL, numeru dokumentu tożsamości przez Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Szpitala w Kamieniu Pomorskim Sp. z o.o. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie. Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej Administratora - Szpitala w Kamieniu Pomorskim Sp. z o.o. dotyczącą ochrony danych osobowych, w tym z informacjami o celach i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz przysługujących mi prawach zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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).
5. Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/a, że Zakład Opiekuńczo-Leczniczy nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy osobiste ww. świadczeniobiorcy, jego rzeczy wartościowe (środki finansowe, biżuterię), które nie zostały zdeponowane w magazynie depozytowym.

.....

data i podpis osoby składającej oświadczenie

Kamień Pomorski, dnia

.....
Imię i nazwisko (pacjenta)

.....
PESEL

.....
Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

.....
Data i miejsce urodzenia

.....
Adres, kod pocztowy

OŚWIADCZENIE

Proszę, aby po potrąceniu opłat należnych z tytułu pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Szpitala w Kamieniu Pomorskim Sp. z o.o., art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych przez ZUS/KRUS, art. 139 ust. 1 pkt 10 i art. 140 ust. 4 pkt 3 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub inne uprawnione instytucje, pozostałą należność, bądź też powstałe w trakcie rozliczeń nadpłaty (o ile takie powstaną):

- przesłać na moje konto w Banku:

.....
(nazwa banku, nr konta)

- przesyłać, po potrąceniu kosztów przesyłki, na mój w/w adres domowy.

Upoważniam:

Pana/ią.....

PESEL.....

Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamości.....

zamieszkałego/łą

do:

pobrania, w przypadku mojej śmierci, nadpłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Szpitala w Kamieniu Pomorskim Sp. z o.o. ul. Szpitalna 10, 72-400 Kamień Pomorski (o ile taka powstanie).

.....
Podpis pacjenta