



## OŚWIADCZENIE

**osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego  
lub jej przedstawiciela ustawowego**

1. Nazwisko i imię, (nazwisko panieńskie).....
2. Miejsce zamieszkania .....
3. Data urodzenia .....miejsce urodzenia.....
4. Stan cywilny..... nr telefonu.....
5. Dowód osobisty: seria ..... numer.....  
PESEL: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Nr emerytury/renty.....
6. Kontakt z opiekunem (rodziną).....

**imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, adres, telefon**

Obecnie przebywa: .....

Ze względu na sytuację zdrowotną oświadczam, że wyrażam zgodę na przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 3 w Rybniku.

Równocześnie oświadczam , że wyrażam zgodę na potrącanie opłat za pobyt w Zakładzie zgodnie z obowiązującymi przepisami, a środki przeznaczone na opłacenie pobytu w ZOL nie są zajęte, ani obciążone prawami osób trzecich.

Zobowiązuję się do opuszczenia zakładu po uzyskaniu w ocenie samodzielności wg skali Barthel, powyżej 40 punktów, bądź też w przypadku wystąpienia, czy też zatajenia schorzeń będących przeciwwskazaniem do umieszczenia w zakładzie o profilu ogólnym, np. czynna choroba zakaźna, alkoholowa, choroba psychiczna, choroba nowotworowa w okresie paliatywnym, (po dokonaniu wypisu przez lekarza).

.....  
data i podpis osoby kierowanej do ZOL  
lub jej przedstawiciela ustawowego \*

\* w przypadku gdy z wnioskiem występuje opiekun prawny osoby kierowanej do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego dokumentacja wymaga uzupełnienia poprzez uzyskanie przez opiekuna prawnego zezwolenia Sądu Opiekuńczego na umieszczenie pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym.

Stanowisko to zgodne jest z aktualną praktyką ustaloną wyrokiem NSA z dnia 18 maja 1999 r. w sprawie NSA 114/99 opublikowanym w ONSA 2000/2/82.