



Kompletny wniosek powinien zawierać:

- **Skierowanie** do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego.
- **Zaświadczenie lekarskie** – stwierdzające, iż osoba ubiegająca się o skierowanie do Zakładu ze względu na stan zdrowia **wymaga** całodobowej pielęgnacji, opieki lub rehabilitacji i nie wymaga hospitalizacji z dopiskiem **wykazu leków pobieranych przez chorego na stałe**.
- **Wywiad pielęgniarski** – przeprowadzony przez pielęgniarkę środowiskową lub pielęgniarkę Zakładu Opieki Zdrowotnej, w którym osoba ubiegająca się o skierowanie przebywa.
- **Skala Glasgow** – w przypadku zaburzeń przytomności.
- **Oświadczenie świadczeniobiorcy** – wyrażające zgodę na pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym, oraz oświadczenie upoważniające wskazaną osobę do uzyskania informacji o stanie zdrowia i wglądu do dokumentacji dotyczącej osoby przebywającej w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym.
- **Oświadczenie świadczeniobiorcy lub opiekuna** o zobowiązaniu do odpłatności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym.
- **Dokumenty stwierdzające wysokość dochodu** (*decyzja + ostatni odcinek renty, emerytury*) osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu.
- **Aktualne wyniki badań diagnostycznych** (*krwi i moczu*) oraz **HBS i RTG** klatki piersiowej (*wraz z opisem*).
- **W przypadku ran, odleżyn, drenów i cewników** – aktualny wymaz bakteriologiczny.
- **Kserokopia dowodu osobistego pacjenta i wypisów ze szpitali** lub leczenia ambulatoryjnego z udokumentowanym leczeniem.

Druki należy wypełnić dokładnie i czytelnie!

Wnioski prosimy składać w sekretariacie Centrum Medycznego SKAŁKA w Bukownie z dopiskiem „Skierowanie do ZOL” w **godz. od 8.00 do 18.00**. Istnieje możliwość także osobistego spotkania z Dyrekcją celem omówienia indywidualnego pobytu pacjenta lub drogą e-mailową na adres Centrum Medycznego SKAŁKA w Bukownie: **biuro@cmskalka.pl**

O terminie przyjęcia osoba kierowana do Zakładu zawiadamiana jest telefonicznie, pisemnie lub drogą e-mailową przez Dyrektora Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego na adres lub numer telefonu podany we wniosku (*proszę także o podanie numerów kontaktowych z opiekunami chorej/go*).