



**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO CENTRUM OPIEKI I REHABILITACJI „ZDROWIE” Sp. z o. o. ;
ZAKŁADU REHABILITACJI W RAMACH PROGRAMU „LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH ZE ŚPIĄCZKĄ”**

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

Telefon do kontaktu

.....

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

Objęty ubezpieczeniem przez.....Oddział Wojewódzki NFZ.

Uzasadnienie prośby:

.....

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis opiekuna prawnego/opiekuna
faktycznego

*niewłaściwe skreślić



NFZ

LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH ZE ŚPIĄCZKĄ

W celu przyjęcia na leczenie wymagane są następujące dokumenty:

1. **Skierowanie na leczenie w ramach Programu** (oryginał na wskazanym druku);
2. **Wniosek o przyjęcie do Centrum Opieki i Rehabilitacji „Zdrowie” Sp. z o.o. na leczenie w ramach Programu** (oryginał na wskazanym druku);
3. **Kopie** kart informacyjnych z przebiegu dotychczasowego leczenia, w przypadku wyników badań nagranych na płycie – **kopie** przebrane;
4. Aktualne kopie wyników badań: HCV, Hbs, kreatynina, bilirubina, białko, CRP, posiew z krwi, morfologia i moczu, posiew z moczu, poziom glukozy, sód, potas. **Dodatkowo w dniu przyjęcia** wymagane aktualne badania z ostatnich 5 dni;
5. Aktualne RTG klatki piersiowej (ważne ostatnie 6 miesięcy)- **kopia**;
6. W przypadku ran i odleżyn- aktualne kopie wymazu bakteriologicznego z antybiogramem;
7. W przypadku rurki tracheotomijnej- aktualny wynik badań bronchoaspiratu z antybiogramem;
8. Wymaz okołoodbytniczy– **kopia**;
9. Do wniosku należy dołączyć zgodę Sądu Rodzinnego na umieszczenie pacjenta w Centrum Opieki i Rehabilitacji „Zdrowie” Sp. z o.o., potwierdzoną za zgodność przez osobę przyjmującą dokumentację. Kopie dokumentów potwierdzających prawną opiekę lub w przypadku ubezwłasnowolnienia – **kopia** postanowienia Sądu Rodzinnego w tej sprawie, potwierdzone za zgodność przez osobę przyjmującą dokumentację oraz zaświadczenie lekarskie (oryginał na wskazanym druku);dotyczące braku możliwości złożenia podpisu przez Pacjenta;
10. W przypadku Pacjenta żywnoego dojelitowo (SONDA/PEG/JEJUNOSTOMIA) oprócz dokumentów w/w składamy dodatkowo kartę kwalifikacji Pacjenta do żywienia dojelitowego (oryginał na wskazanym druku);

UWAGI:

Do programu będą kwalifikowane wyłącznie te osoby, których dokumentacja medyczna została wypełniona zgodnie z kryteriami kwalifikacji i przesłana drogą pocztową na adres: **Centrum Opieki i Rehabilitacji „Zdrowie” Sp. z o.o.**, ul. Łukasińskiego 42/48, 42-200 Częstochowa, z dopiskiem "LECZENIE DOROSŁYCH ZE ŚPIĄCZKĄ". Wszelkie dokumenty przesłane drogą mailową, faxem nie będą rozpatrywane.

Pacjent w dniu przyjęcia nie może gorączkować, wymiotować, mieć biegunki, krwawić lub być w trakcie antybiotykoterapii.