



ZAKON POSŁUGUJĄCYCH CHORYM
OJCOWIE KAMILIANIE
- PODMIOT LECZNICZY -

.....
nazwisko

.....
imię

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DODATKOWE INFORMACJE DLA KAMILIAŃSKIEGO CENTRUM OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

1. Imię i nazwisko rodziców oraz nazwisko panieńskie matki

.....

2. Poprzedni adres zamieszkania

.....

3. Imię i nazwisko rodowe współmałżonka

.....

4. Zobowiązania ciążyące na osobie starającej się o przyjęcie (np. komornik, alimenty itp.)

.....

5. Adres przychodni, w której osoba starająca się o przyjęcie do zakładu złożyła deklarację wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

.....

6. Dodatkowe dochody z tytułu emerytury lub renty (np. dodatek pielęgnacyjny, zasiłek pielęgnacyjny, dodatek kombatancki itp.)

.....

7. Czy osoba starająca się o przyjęcie leczy się lub była leczona w Poradni Zdrowia Psychicznego?

.....

8. Czy osoba starająca się o przyjęcie przebywa lub przebywała w innej placówce całodobowej (np. ZOL, ZOP, DPS itp.)? Jeśli tak to w jakiej i gdzie?

.....

9. Czy występuje nałóg (alkohol, nikotyna, narkotyki itp.)?

.....

.....
data i podpis osoby kierowanej do zakładu
lub jego przedstawiciela ustawowego