…….
Miejscowość , data

Sąd Rejonowy w …….
….. Wydział Rodzinny i Nieletnich
Ul. ……
…….

Wnioskodawca: **……**
……
……

Uczestnik postępowania: **……..**
……..
……..

WNIOSEK
o wyrażenie zgody na umieszczenie w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym oraz na udzielania świadczeń w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, polegających na kontynuacji leczenia, diagnostyki i pielęgnacji

Na podstawie art. 33a ust. 2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych oraz § 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych zwracam się z prośbą o wydanie zgody na umieszczenie Uczestnika postępowania:

Imię , nazwisko, PESEL ……

Adres zamieszkania ……..

w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym Medical Active – Care BetaMed S.A. w Chorzowie przy ul. Racławickiej 20 a bez jego zgody .

Mając na uwadze stan zdrowia Uczestnika postępowania oraz fakt, że nie może on wyrazić świadomej zgody na udzielenie świadczeń medycznych wnoszę również na podstawie art.34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w związku z art. 17 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta o wydanie zgody na udzielenie świadczeń w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym polegających na kontynuacji leczenia, diagnostyki i pielęgnacji .

UZASADNIENIE

Pacjent obecnie przebywa w ……
Pacjent jest osobą bez logicznego kontaktu, wymagającym całodobowej opieki , pielęgnacji , rehabilitacji , kompleksowej opieki medycznej , a ze względu na stan zdrowia nie może samodzielnie i świadomie wyrazić zgody na pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.
Powyższa zgoda jest niezbędna do umieszczenia w/w zakładzie opiekuńczo-leczniczym oraz do realizowania na jego rzecz świadczeń polegających na kontynuacji leczenia, diagnostyki i pielęgnacji.

……..
Podpis wnioskodawcy

W załączeniu :
- opinia lekarza
- opinia psychiatry/psychologa
- karta informacyjna leczenia szpitalnego