

**WNIOSEK**  
**o przyjęcie na pobyt stacjonarny**  
**w Szpitalu Rehabilitacyjnym w Piaskach**

I.1. Imię i nazwisko: .....

2. Adres: .....

3. PESEL:            e-mail: .....

4. Adres do korespondencji:..... tel: .....

5. Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego lub przedstawicieli ustawowych (tylko jeśli pacjent jest małoletni lub ubezwłasnowolniony)– rodziców, rodzica, opiekuna lub kuratora \*

6. Imię i nazwisko pełnomocnika jeśli został ustanowiony: .....

II.1. Proszę o przyjęcie mnie na pobyt komercyjny - **rehabilitacyjny** w Szpitalu Rehabilitacyjnym w Piaskach; **stawka dzienna od 350 zł** (w zależności od oceny stanu pacjenta w dniu przyjęcia w skali Barthel ADL) obejmującą do pięciu procedur rehabilitacyjnych ustalonych przez lekarza indywidualnie dla Pacjenta w zależności od stanu zdrowia, zakwaterowanie, wyżywienie (3 posiłki dziennie), konsultacja i nadzór lekarza sprawującego opiekę medyczną nad pacjentami, uczestnictwo w terapii zajęciowej na zlecenie lekarza prowadzącego, opieka pielęgniacyjno-opiekuńcza, opieka psychologiczna i wsparcia dla rodzin – na wniosek lekarza prowadzącego, opieka duszpasterska, udzielana na wniosek Pacjenta.

2. Ostateczna kwalifikacja i określenie rodzaju pobytu odbywa się po badaniu lekarskim w dniu przyjęcia.

3. Opłata za pobyt nie obejmuje kosztów:

- opłat za leki i wyroby medyczne,
- dodatkowych zabiegów (powyżej 5 procedur rehabilitacyjnych),
- konsultacji lekarzy specjalistów,
- badań laboratoryjnych z wyłączeniem ujętych w załączniku nr 4, za wyjątkiem sytuacji nagłych (zagrożenia życia),
- badań rtg, usg, TK itp.,
- transportu sanitarnego do miejsca zamieszkania, lub innego podmiotu leczniczego.

4. Przyjęcie pacjenta na oddział następuje po dokonaniu wpłaty gotówką, przelewem bankowym na konto Spółki: 67 1020 1068 0000 1002 0340 2112 - Bonifraterskie Centrum Medyczne Sp. z o.o., ul. Traugutta 57/59 50-417 Wrocław lub kartą płatniczą.

III. Oświadczam, że:

1. Odpłatność za pobyt ..... dni zobowiązuję się uiszczyć w następujący sposób:

- Zaliczkę na poczet wynagrodzenia podstawowego, odpowiadającą równowartości 7-dniowego okresu pobytu – nie później niż 7 dni przed przyjęciem,
- Pozostałą część wynagrodzenia podstawowego za planowany pobyt– nie później niż 3 dni od dnia przyjęcia,

2. Dodatkowe opłaty i świadczenia uiszczę w następujący sposób:

- Kaucję służącą zabezpieczeniu zwrotu kosztów zaopatrzenia Pacjenta w produkty lecznicze i wyroby medyczne w kwocie 300,00 zł – gotówką w dniu przyjęcia,
- Wynagrodzenie za dodatkowe świadczenia i usługi - w terminie wynikającym z dostarczonego mi rachunku lub faktury, nie później jednak niż w dniu opuszczenia Centrum,
- Kwotę zwrotu kosztów produktów leczniczych i wyrobów medycznych, w które nie zaopatrzył się Pacjent, niepokrytych z kaucji - w terminie wynikającym z dostarczonego mi rachunku lub faktury,
- Kwotę kosztów transportu do miejsca zamieszkania lub podmiotu leczniczego leczniczej w wypadku braku zapewnienia go Pacjentowi oraz pobytu do dnia jego zapewnienia - w terminie wynikającym z dostarczonego mi rachunku lub faktury.

3. Przyjmuję do wiadomości, że udzielane mi świadczenia zdrowotne są świadczeniami finansowanymi ze środków publicznych, dostępnymi nieodpłatnie w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jednakże dobrowolnie rezygnuję z prawa do ich bezpłatnego otrzymania i zlecam ich odpłatne wykonanie

na warunkach określonych umową na pobyt odpłatny.

4. Preferowany termin przyjęcia to:.....

IV. 1. Do wniosku dołączam: kopię dokumentu ustanawiającego opiekuna lub kuratora (jedynie w wypadku gdy został ustanowiony), kopię dokumentu ustanawiającego pełnomocnika (jedynie w wypadku jego ustanowienia), wypełnioną ankietę dla pacjenta, podpisaną umowę na pobyt komercyjny, kserokopię dokumentacji medycznej.

2. O wyniku kwalifikacji, potrzebie kwalifikacji osobistej, terminie przyjęcia oraz inne informacje proszę przekazywać mi w wybranej przeze mnie formie:

- telefonicznie, pod nr tel. ....poczta elektroniczną, adres e-mail:.....

- listownie, na wskazany adres:.....

3. W przypadku zaistnienia konieczności zwrotu należności uiszczonych przelewem nastąpi on na podstawie oświadczenia o rozwiązaniu umowy w terminie 7 dni od dnia opuszczenia przez Pacjenta Centrum, względnie w terminie 7 dni od zaistnienia konieczności ich zwrotu jeśli Pacjent nie przybył do Centrum na rachunek bankowy Pacjenta lub osoby względnie podmiotu trzeciego, z którego opłaty wniesiono. W innym przypadku zwrot następuje na rachunek bankowy wskazany przez Pacjenta.

Data: .....

Podpis pacjenta: .....