……..
(miejscowość, data)

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

Wnioskodawca: …….
…….
…….

Uczestnik postępowania: …….
…….
…….

WNIOSEK
o wyrażenie zgody na umieszczenie w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym/Opiekuńczo-Leczniczym dla Wentylowanych Mechanicznie* oraz na udzielanie w nim świadczeń, 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 wraz z późn.zm. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, zwracam się z prośbą o wydanie zgody na umieszczenie Uczestnika postępowania:

……
(imię i nazwisko, PESEL)

……
(adres zamieszkania)

w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym/Opiekuńczo-Leczniczym dla Wentylowanych Mechanicznie* Powiatowego Centrum Medycznego Sp. z o.o. w Braniewie przy ul. Moniuszki 13, 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.32 ust.2 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 …….

(nazwa placówki/instytucji)

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/Opiekuńczo-Leczniczym dla Wentylowanych Mechanicznie*. 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.

……..

(pieczęć i podpis wnioskodawcy)

* Niewłaściwe skreślić

W załączeniu

- opinia lekarza
- opinia psychiatry/psychologa
- karta informacyjna leczenia szpitalnego