**………………………………………………..**

**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 Oddziale Opiekuńczo-Leczniczym Izerskiego Centrum Pulmonologii i Chemioterapii „Izer-Med” Sp. z o. o.– w Szklarskiej Porębie 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 :

* wniosek o przyjęcie do OOL z opinią lekarza i pielęgniarki środowiskowej
* opinia psychiatry/psychologa