

Dane osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego

Imię i Nazwisko

...

Nazwisko panięskie

...

Imiona rodziców

...

Nazwisko panięskie matki

...

Data i miejsce urodzenia

...

PESEL

NIP

Dowód osobisty (nr i seria)

Stan cywilny

Imię i nazwisko małżonka

...

Adres zameldowania

.....

.....

.....

Nr i wysokość świadczenia

.....

.....

Dane osoby kontaktowej: Imię i Nazwisko, stopień pokrewieństwa, adres, telefon:

1.

.....

.....

2.

.....

.....

Dane lekarza pierwszego kontaktu (Nazwisko i Imię, telefon):

.....

.....

Nazwa, adres i telefon przychodni, do której należy osoba ubiegająca się o przyjęcie:

.....
.....
.....

Ilość punktów w skali Barthel: