

.....
Pieczęć zakładu Opiekuńczo-Leczniczego dla Dorosłych
w Poddębicach

REGULAMIN PRZYJĘĆ

I. Obowiązki rodziny/opiekuna.

1. Obecność członka rodziny lub opiekuna przy przyjęciu pacjenta jest obowiązkowa.
2. W dniu przyjęcia należy wnieść opłatę za pobyt pacjenta do końca br. miesiąca.
3. Rodzina pacjenta ma obowiązek dostarczyć w dniu przyjęcia wszelkie informacje dotyczące przebiegu dotychczasowego leczenia w POZ i innych placówkach służby zdrowia (Historia choroby w przypadku wypisu ze szpitala) oraz informacje dotyczące kontynuacji leczenia farmakologicznego, włącznie z ostatnimi receptami przepisanyymi przez lekarza POZ oraz lekami dotychczas stosowanymi.
4. Rodzina zobowiązana jest do odebrania od pacjenta rzeczy wartościowych.
5. Rodziny pacjentów korzystających z ubrań domowych zobowiązane są do odbierania brudnej bielizny do prania.
6. Przy przyjęciu pobierana jest kaucja w wysokości (200 zł) na poczet ewentualnych szkód wyrządzonych przez pacjenta, która podlega zwrotowi przy wypisie.

II Listy rzeczy potrzebnych.

1. Zestaw toaletowy (kobiety):
 - a. Koszyczek plastikowy, mydło w płynie, 2 gąbki dwukolorowe, 2 małe miski do mycia.
 - b. Szczoteczka + pasta do zębów (naczynia do protez) + środki do czyszczenia protez, 2 ręczniki.
2. Zestaw toaletowy (mężczyźni):
 - a. Koszyczek plastikowy, mydło w płynie, 2 gąbki dwukolorowe, 2 małe miski do mycia.
 - b. Szczoteczka + pasta do zębów (naczynia do protez) + środki do czyszczenia protez, 2 ręczniki.
 - c. przybory do golenia (maszynka, krem, pędzel, maszynki jednorazowe 1 opakowanie 5 szt.).
3. Pantofle z tworzywa sztucznego lub klapki (łatwe do mycia).
4. 2 piżamy, szlafrok, 2 koszule nocne.
5. Ubiór sportowy typu dres i obuwie do rehabilitacji (po konsultacji z lekarzem specjalistą)
6. 2 pary skarpet + 1 para skarpet wełnianych.
7. Kubek do picia z dzióbkiem + sztućce + zwykły kubek do picia.

UWAGA: Brak rzeczy osobistych przy przyjęciu skutkuje zakupem ich przez Zakład na koszt pacjenta

Zapoznałem/am się z regulaminem przyjęć, regulaminem porządkowym i organizacyjnym, obowiązującymi zasadami odpłatności Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego dla Dorosłych NZOZ „MOŻ-MED” spółka jawna Możdżan i akceptuję jego postanowienia.

.....
Podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu
lub prawnego opiekuna

.....
miejsowość i data złożenia podpisu