

## Zarządzenie Nr 33/2016CEN/5

Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku z dnia 8 lipca 2016 roku.

### w sprawie wniosku o wydanie zaświadczenia o pobycie w szpitalu

Na podstawie art. 16 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. t.j. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.), zarządzam co następuje:

#### § 1

Wprowadzam do stosowania druk „*Wniosek o wydanie zaświadczenia o pobycie w szpitalu*”, stanowiący załącznik do niniejszego zarządzenia.

#### § 2

1. Wydanie zaświadczenia w celach związanych z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, pomocą społeczną, orzecznictwem o niepełnosprawności, uzyskaniem zasiłku pielęgnacyjnego, lub ustaleniem przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie jest bezpłatne.
2. Za wydanie zaświadczenia w innych celach opłatę w wysokości **10,00 zł** (słownie: *dziesięć złotych<sup>00/100</sup>*).

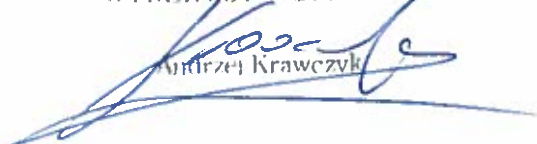
#### § 3

Jednocześnie traci moc Zarządzenie nr 53/2011 z dnia 22.07.2011 r.

#### § 4

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 sierpnia 2016 r.

DYREKTOR SZPITALA

  
Andrzej Krawczyk

Otrzymują:

- komórki organizacyjne wg rozdzielnika
- a/a Dział Organizacji i Nadzoru

Rybnik, dnia :.....

**WNIOSEK**  
**o wydanie zaświadczenia o pobycie w szpitalu**

Nazwisko i imię wnioskującego: .....

Numer PESEL/Numer dowodu osobistego: .....

Adres zamieszkania: .....

.....

Nazwisko i imię pacjenta .....

Pesel .....

Inne dane identyfikujące .....

Cel wydania zaświadczenia związany z:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> dalszym leczeniem, rehabilitacją,   | <input type="checkbox"/> ustaleniem przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie |
| <input type="checkbox"/> niezdolnością do pracy,   |   |
| <input type="checkbox"/> kontynuowaniem nauki,   |   |
| <input type="checkbox"/> uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, | <input type="checkbox"/> * .....  |
| <input type="checkbox"/> pomocą społeczną,   | .....   |
| <input type="checkbox"/> orzecznictwem o niepełnosprawności,   | .....   |
| <input type="checkbox"/> uzyskaniem zasiłku pielęgnacyjnego,   | .....   |

Zaświadczenie *ma / nie ma*\*\* uwzględniać rozpoznania chorobowe.

Inne: szczegóły zaświadczenia: .....

*(np. wszystkie pobyty, ostatni pobyt, itp.),*

Proszę o wydanie zaświadczenia Panu/i .....

.....  
(Podpis wnioskującego)

\* wydanie zaświadczenia w celach nie wskazanych w art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jest odpłatne.

\*\* niepotrzebne skreślić