

Fundacja św. Elżbiety Węgierskiej w Cieszynie
CENTRUM MEDYCZNE SIÓSTR ELŻBIETANEK

Ul. Katowicka 1, 43-400 Cieszyn

Tel.: +48 33 8528079, + 48 797907802

Fax:+48 33 85 112 73, Email: biuro@elzbietanki.cieszyn.pl

.....
Miejscowość, data

Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
.....
PESEL

Ze względu na sytuację zdrowotną proszę o przyjęcie mnie do
Oddziału Opiekuńczo – Leczniczego Psychiatrycznego
w Centrum Medycznym Sióstr Elżbietanek,
43-400 Cieszyn, ul. Katowicka 1.

Równocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt
w oddziale, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....
Podpis

W przypadku, gdy z wnioskiem występuje opiekun prawny osoby kierowanej do oddziału opiekuńczo- leczniczego psychiatrycznego ,dokumentacja wymaga uzupełnienia poprzez uzyskanie przez opiekuna prawnego zezwolenia sądu na umieszczenie pacjenta (ki) w Oddziale Opiekuńczo – Lecznicznym Psychiatrycznym.

Stanowisko to zgodne z aktualną praktyką ustaloną wyrokiem NSA z dnia 18 maja 1999r w sprawie ISA 114/99 opublikowanym w ONSA 2000/2/82