

KARTA ZGŁOSZENIA MIESZKAŃCA

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do domu opieki:

.....

rok urodzenia:.....

adres.....

.....

PESEL.....

I. INFORMACJE O POBYCIE:

1. Rodzaj pobytu:

- okres próbny
- długoterminowy
- krótkoterminowy

2. Zakwaterowanie od.....

3. Rodzaj pokoju:

- jednoosobowy
- dwuosobowy
- opiekuńczy

II. INFORMACJE DODATKOWE:

1. Stopień samodzielności:

- samodzielny/a
- niesamodzielny/a

jeśli niesamodzielny/a to w jakim zakresie?

.....

.....

a) posiłki (opisać)

.....

.....

b) poruszanie (opisać)

.....

.....

c) ubieranie (opisać)

.....

.....

d) higiena (opisać)

.....

.....

III. STAN ZDROWIA - PRZEBYTE/AKTUALNE CHOROBY:

| | | |
|------------------------|-----|-----|
| Nadciśnienie tętnicze | TAK | NIE |
| Cukrzyca | TAK | NIE |
| Zdarzają się upadki | TAK | NIE |
| Problemy z poruszaniem | TAK | NIE |
| Przebyty zawał serca | TAK | NIE |
| Choroba Alzheimera | TAK | NIE |
| Słabo słyszący | TAK | NIE |
| Słabo widzący | TAK | NIE |
| Przebyty udar | TAK | NIE |
| Rozrusznik serca | TAK | NIE |
| Otępienie starcze | TAK | NIE |
| Depresja | TAK | NIE |
| Inne choroby (jakie?) | | |
| Przyjmowane leki | | |
| | | |
| | | |

WARUNEK KONIECZNY

Skan Historii choroby ostatniego pobytu w szpitalu

Przyjęcie Mieszkańca w Domu Senioralnym od poniedziałku do piątku do godziny 12-tej

IV. DANE OSOBY SPRAWUJĄCEJ OPIEKĘ LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Telefon.....

E-mail.....

V. OŚWIADCZENIE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO ZAKŁADU ALBO JEJ PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO.

Wyrażam/nie wyrażam* zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do Pensjonatu „Leśna Ostoja”.

Data i podpis Mieszkańca/Opiekuna

.....