



.....
(miejscowość, data)

KARTA ZGŁOSZENIA

1. Dane osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu Seniora:

Imię i nazwisko.....
Pesel.....seria i nr dowodu osobistego
Adres zamieszkania.....
Adres zameldowania.....
Data i miejsce urodzenia.....

2. Dane opiekuna (osoby do kontaktu):

a) opiekun 1

Imię i nazwisko
Adres zamieszkania.....
Seria i numer dowodu osobistego.....PESEL.....
telefon kontaktowy

e-mail

b) opiekun 2

Imię i nazwisko
Adres zamieszkania.....
Seria i nr dowodu osobistego.....PESEL.....
telefon kontaktowy

e-mail

3. Cel pobytu:

- Pobyt krótkoterminowy
- Pobyt na stałe
- Pobyt przejściowy (oczekiwanie na DPS)
- Inne.....

4. Deklarowany pokój:

- Jednoosobowy
- Trzyosobowy

5. Termin:

Od..... do

6. Czy kandydat jest ubezwłasnowolniony?

- tak
- nie

7. Czy pensjonariusz znajduje się pod opieką poradni specjalistycznej?

- tak
Jakiej?.....
- nie

8. Inne istotne informacje o sposobie funkcjonowania kandydata w życiu codziennym:

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

9. Wyrażam zgodę na: fotografowanie i filmowanie pensjonariusza podczas zajęć, uroczystości oraz umieszczanie materiałów na stronie internetowej Domu i stronie firmowej na Facebook;

- tak
- nie

10. Zobowiązuję się do:

- przestrzegania postanowień regulaminów obowiązujących w Domu, a dotyczących mieszkańców Domu,
- podawania do wiadomości Domu jakichkolwiek zmian w podanych wyżej informacjach,
- regularnego uiszczania opłat za pobyt w Domu w wyznaczonym terminie.

Na zebranie powyższych danych wyrażam zgodę.

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

Data

Podpis kandydata

Za kandydata (z uwagi na _____)

Data

Podpis opiekuna

INFORMACJE O STANIE ZDROWIA

(Wypełnia lekarz pierwszego kontaktu)

1. Informacje o stanie zdrowia

Waga:

Wzrost:

A. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

B. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

C. Choroba zakaźna:

nie
 tak; jaka?
.....

D. Nosicielstwo chorób:

nie
 tak; jaka?
.....

E. Alergie:

nie

tak; jaka?

F. Leki przewlekle przyjmowane przez kandydata, dawkowanie:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

G. Stopień samodzielności kandydata:

Trzymanie moczu

- bez zaburzeń
- nietrzymanie
- cewnik w pęcherzu

Trzymanie stolca

- bez zaburzeń
- nietrzymanie

Jedzenie

- je samodzielnie
- jest karmiony

Ubieranie

- samodzielnie
- stara się, ale potrzebuje pomocy
- nie ubiera się samodzielnie

Ocena sprawności ruchowej

- chodzi samodzielnie; dystans
- z pomocą innych osób; dystans
- z pomocą sprzętu ortopedycznego; jakiego?
- nie chodzi samodzielnie
- osoba jest leżąca

Czy wymaga wózka inwalidzkiego?

- tak
- nie

Czy posiada wózek inwalidzki?

- tak
- nie

Czy wymaga zaopatrzenia ortopedycznego?

- nie
- tak; jaka?

.....
.....

2. Ocena stanu psychicznego

Czy kandydat rozumie i wykonuje polecenia?

- tak
- nie

Czy pobiera aktualnie leki uspokajające, przeciwdepresyjne?

- nie
- tak; jaka?

.....

3. Odleżyny:

- nie
- tak; umiejscowienie (opis)

.....

4. Zalecona dieta:

.....

.....

5. Inne istotne informacje o stanie zdrowia:

.....

.....

.....

6. Osoba wymaga opieki z powodu:

- wieku
- choroby
- niepełnosprawności

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym na dzień składania oświadczenia, a skierowany pacjent kwalifikuje się do umieszczenia w Domu Seniora.

podpis i pieczętka lekarza

Kwalifikacja mieszkańca (wypełnia pracownik spółki CORDA)

Osoba samodzielna

Osoba niesamodzielna

Data planowanego przyjęcia

Na okres

Pokój

data i podpis