………………………………………….

(miejscowość i data)



KARTA ZGŁOSZENIA

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

Imię i nazwisko ……………………………………………………………….………………………………………………..….…. Pesel………………………………………… seria i nr dowodu osobistego …………………….…………………...…..

Adres zamieszkania:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………..……………………………………………….……………...

1. Dane opiekuna (osoby do kontaktu):

Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………………………………..…….………. Adres zamieszkania:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………..……………………………….…………………………….

Seria i nr dowodu osobistego ………………………….. PESEL……………………..……………………………..………. telefon kontaktowy …………………….………………… e-mail …………………………..……………………….........

1. Cel pobytu:

□ Pobyt wakacyjny/ krótkoterminowy

□ Pobyt rehabilitacyjny

□ Pobyt na stałe

□ Pobyt przejściowy (oczekiwanie na DPS)

□ Inne……………………………………………………… Deklarowany pokój:

□ Dwuosobowy

□ Trzyosobowy

1. Termin:

Od……………………………….… do …………………..………………..

1. Czy kandydat jest ubezwłasnowolniony?

□ tak

□ nie

1. Czy pensjonariusz znajduje się pod opieką poradni specjalistycznej?

□ tak Jakiej?...................................................................................................................................… □ nie

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

………………..…………………………………………………………………………………………………………………

1. Wyrażam zgodę na fotografowanie i filmowanie pensjonariusza podczas zajęć, uroczystości oraz umieszczanie materiałów na stronie internetowej Domu i stronie firmowej na facebook.pl;

□ tak

□ nie

1. 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.

1. **10. Ja, niżej podpisana/ny, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Dom Opieki Nowe Życie Sp. Z O.O., z siedzibą w ul. Kalwińska 6, 16-124 Sidra, wpisanego do rejestru sądowego - KRS pod numerem 0001124637 w celu wykonania umowy o pobyt i opiekę w Domu Opieki.**

Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

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

*data podpis kandydata*

*data podpis opiekuna*

***Wypełnia lekarz pierwszego kontaktu***

1. Informacje o stanie zdrowia

Waga: ………………………………………., wzrost:…………………………………………

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Choroba zakaźna:

□ nie

□ tak,

jaka?……………………………………..……............................................................................

1. Nosicielstwo chorób:

□ nie

□ tak, jakie?……………………………………………...........................................................................

1. Alergie:

□ nie

□ tak,

jakie?………………………………………..…...........................................................................

1. Leki przewlekle przyjmowane przez kandydata, dawkowanie:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| lp. | Nazwa leku | Dawka leku | Rano | Południe | Wieczór | Noc | Uwagi |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |

1. 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? | | | |
| □ | tak | □ | nie |
| Jakie? ……………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | |

1. Ocena stanu psychicznego

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Czy kandydat rozumie i wykonuje polecenia? | | | |
| □ | tak | □ | nie |
| Czy pobiera aktualnie leki uspokajające, przeciwdepresyjne? | | | |
| □ | tak | □ | nie |
|  | jakie?................................................................................................................... | | |

1. Odleżyny:

□ tak

□ nie

□ umiejscowienie (opis) ………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Zalecona dieta:

……………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Inne istotne informacje o stanie zdrowia:

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

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

podpis i pieczątka lekarza

Kwalifikacja mieszkańca (wypełnia pracownik Domu Opieki Nowe Życie)

□ Osoba samodzielna

□ Osoba częściowo zależna

□ Osoba niesamodzielna Opinia:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Data planowanego przyjęcia ………………………………………………..…….

Na okres ……………………………………………………………………………………. Numer pokoju.……………………………………………………………………………

data i podpis