



.....  
(miejsowość, data)

## KARTA ZGŁOSZENIA

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

Imię i nazwisko.....

Pesel.....seria i nr dowodu osobistego .....

Adres zamieszkania.....

2. Dane opiekuna (osoby do kontaktu):

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania.....

Seria i nr dowodu osobistego.....PESEL.....

telefon kontaktowy ..... e-mail .....

3. Cel pobytu:

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

Deklarowany pokój:

- Jednoosobowy
- Dwuosobowy
- Trzyosobowy

4. Termin:

Od..... do .....

5. Czy kandydat jest ubezwłasnowolniony?

- tak
- nie



6. Czy pensjonariusz znajduje się pod opieką poradni specjalistycznej?

tak

Jakiej?.....

nie

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

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

8. 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

9. 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*



**Wypełnia lekarz pierwszego kontaktu**

10. 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,  
jakie?.....



E. Alergie:

nie

tak,

jakie?.....

F. Leki przewlekłe 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							

G. Stopień samodzielności kandydata:

Trzymanie moczu

bez zaburzeń

nietrzymanie

cewnik w pęcherzu

Trzymanie stolca

bez zaburzeń

nietrzymanie

Jedzenie

je samodzielnie

jest karmiony



## Ubieranie

- |                                       |   |  |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> samodzielnie | <input type="checkbox"/> stara się, ale potrzebuje pomocy | <input type="checkbox"/> nie ubiera się samodzielnie |
|---------------------------------------|---|--|

## Ocena sprawności ruchowej

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> chodzi samodzielnie; dystans<br>..... | <input type="checkbox"/> z pomocą innych osób; dystans<br>..... | <input type="checkbox"/> z pomocą sprzętu ortopedycznego; jakiego?<br>..... |
| <input type="checkbox"/> nie chodzi samodzielnie               | <input type="checkbox"/> osoba jest leżąca                      |   |

### Czy wymaga wózka inwalidzkiego?

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
|------------------------------|------------------------------|

### Czy posiada wózek inwalidzki?

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
|------------------------------|------------------------------|

### Czy wymaga zaopatrzenia ortopedycznego?

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
|------------------------------|------------------------------|

Jakie? .....

## 11. Ocena stanu psychicznego

### Czy kandydat rozumie i wykonuje polecenia?

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
|------------------------------|------------------------------|

### Czy pobiera aktualnie leki uspokajające, przeciwdepresyjne?

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
|------------------------------|------------------------------|

jakie?.....

## 12. Odleżyny:

- tak
  - nie
  - umiejscowienie (opis) .....
- .....



13. Zalecona dieta:

.....

14. 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 Seniora.

---

podpis i pieczęć lekarza

---

Kwalifikacja mieszkańca (wypełnia pracownik Domu Seniora Fundacji Zakłady Kórnickie)

Osoba samodzielna

Osoba niesamodzielna

Data planowanego przyjęcia .....

Na okres .....

Numer pokoju.....

---

data i podpis