



.....
(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:

.....
.....

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

Jeśli tak, dane opiekuna prawnego lub kuratora

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania:

.....
.....

PESEL..... telefon kontaktowy

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.

10. Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Fundacji Zakłady Kórnickie z siedzibą w 62-035 Kórnik, al. Flensa 2B wpisanej do rejestru sądowego - KRS pod numerem 0000120123 w celu wykonania umowy o pobyt i opiekę w Domu Seniora.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej (<https://domseniora.fzk.pl/rodo/>), 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

11. 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 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							

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?

- tak
- nie

Jakie?

12. Ocena stanu psychicznego

Czy kandydat rozumie i wykonuje polecenia?

- tak
- nie

Czy pobiera aktualnie leki uspokajające, przeciwdepresyjne?

- tak
- nie

jakie?.....

13. Odleżyny:

- tak
- nie
- umiejscowienie (opis)

.....



14. Zalecona dieta:

.....

15. 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 częściowo zależna
- Osoba niesamodzielna

Opinia:

.....

.....

.....

Data planowanego przyjęcia

Na okres

Numer pokoju.....

data i podpis