

Wniosek o przyjęcie do Centrum Opieki

TriVita Porąbka, ul. Krakowska 73

1. **Imię i nazwisko**
2. **Pesel**
3. **Adres zamieszkania**

4. **Orientacyjny termin pobytu:**

5. **Osoba:** pracująca / emeryt / rencista

6. **Orzeczenie o niepełnosprawności:** tak / nie

7. **Pobyt:** opiekuńczy / opiekuńczy z płatną rehabilitacją

Jeżeli pobyt związany z rehabilitacją to jaka forma rehabilitacji (krótki opis lub wskazania do rehabilitacji)

.....
8. **Dieta:** nie / tak (jeżeli tak, to jaka)

9. **Pobyt w Szpitalu w przeciągu roku :** nie / tak

jeżeli w innej placówce, to jakiej

10. **Wymaga łóżka :** zwykłe (tapczan) / rehabilitacyjne

11. **Materac:** zwykły / przeciwoślizgowy

12. **Pokój:** jednoosobowy / dwuosobowy

13. **Poruszanie :** chodzący / leżący

Porusza się : samodzielnie bez pomocy osób trzecich/ samodzielnie przy asekuracji drugiej osoby/ przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego / wózek inwalidzki /

14. **Spżywanie posiłków:** samodzielnie / wymaga pomocy / wymaga karmienia / karmienie przez PEG / sonda

15. **Ocena stanu psychicznego:**

Obecność otępienia : tak / nie

Otępienie jest : okresowe (tylko chwilami logiczny) / całkowite (bez logicznego kontaktu) / zapomina się

16. **Choroby psychiczne:** tak / nie

jakie

Zaburzenie zachowania

Zaburzenia depresyjne

Uzależnienia od alkoholu, leków, narkotyków

Inne choroby

17. **Czy występuje uczulenie** : tak / nie
Jeżeli tak to na co?

18. **Potrzeby fizjologiczne**: załatwia samodzielnie / nie zgłasza potrzeb fizjologicznych / ma założony cewnik Foley'a / wymaga stosowania pampersów

19. **Stan skóry**: (obecność odleżyn, owrzodzeń, odparzeń – ich stopień, umiejscowienie i dotychczasowe postępowanie)

20. **Czy pan/i : jest osobą wentylowaną mechanicznie** : nie / tak

21. **Dane osoby do kontaktu**:

Imię i Nazwisko:

Telefon:

Adres e-mail:.....

.....
Data i podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie

Dokumenty wymagane przy przyjęciu:

- zaświadczenie lekarskie /wydane nie wcześniej niż 2 tygodnie przed przyjęciem /
- dokumentację medyczną, wypisy ze szpitala
- **orzeczenie o niepełnosprawności – jeżeli posiada**

Komplet dokumentacji złożyć minimum 5 dni przed planowanym przyjęciem do Centrum Opieki TriVita.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ankiecie dla realizacji świadczonych usług zgodnie z ustawą z dnia 10.05.2018 roku o Ochronie danych osobowych (Dz. U.2018.100)

Podpis