

## 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. **Czy chorował Pan/i na Covid 19:** tak / nie
11. **Czy przyjął Pan/i szczepienie na Covid 19:** nie  
tak       1 dawka       2 dawki       3 dawki
12. **Wymaga łóżka :** zwykłe (tapczan) / rehabilitacyjne
13. **Materac:** zwykły / przeciwoleżynowy
14. **Pokój:** jednoosobowy / dwuosobowy
15. **Poruszanie :**  leżący  
 chodzący: samodzielnie bez pomocy osób trzecich/ samodzielnie przy asekuracji drugiej osoby/ przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego / przemieszcza się na wózku inwalidzkim
16. **Spożywanie posiłków:** samodzielnie / wymaga pomocy i karmienia / karmienie przez PEG / sonda
17. **Ocena stanu psychicznego:**  
**Obecność otępienia :** tak / nie  
Otępienie jest : okresowe (tylko chwilami logiczny) / całkowite (bez logicznego kontaktu) / zapomina się
18. **Choroby psychiczne:** tak / nie  
jakie .....  
Zaburzenie zachowania .....  
Zaburzenia depresyjne .....

Uzależnienia od alkoholu, leków, narkotyków .....

19. Inne choroby .....

20. **Czy występuje uczulenie** : tak / nie

Jeżeli tak to na co? .....

21. **Potrzeby fizjologiczne**:  załatwia samodzielnie

nie zgłasza potrzeb fizjologicznych / ma założony cewnik Foleya / wymaga stosowania pampersów

22. **Stan skóry**:  bez zmian patologicznych

obecność odleżyn/ owrzodzeń/ odparzeń/ – ich stopień, umiejscowienie i dotychczasowe postępowanie

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

**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

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 29.08.1997 roku o Ochronie danych osobowych (Dz. U .Nr 133 poz. 883)

Podpis .....