



Wniosek o przyjęcie do Centrum Opieki TriVita
Porąbka, ul. Krakowska 73

1. Imię i nazwisko
2. Pesel
3. Adres zamieszkania
.....
4. Proponowany termin pobytu:
5. Osoba: pracująca / emeryt / rencista
6. Orzeczenie o niepełnosprawności: tak / nie stopień: lekki / umiarkowany / znaczny
7. Czy osoba ubiegająca się o pobyt jest ubezwłasnowolniona: tak / nie
Jeżeli tak, proszę podać imię i nazwisko opiekuna prawnego
.....
8. Pobyt: opiekuńczy / opiekuńczy z płatną rehabilitacją
Jeżeli pobyt związany z rehabilitacją to jaka forma rehabilitacji (krótki opis lub wskazania do rehabilitacji)
.....
9. Dieta: nie / tak (jeżeli tak, to jaka)
.....
10. Pobyt w Szpitalu w przeciągu roku: nie / tak
jeżeli w innej placówce, to jakiej
.....
11. Czy chorował Pan/i na Covid 19: tak / nie
12. Czy przyjął Pan/i szczepienie na Covid 19: nie / tak 1 dawka 2 dawki 3 dawki
13. Wymaga łóżka: zwykłe (tapczan) / rehabilitacyjne
14. Materac: zwykły / przeciwodleżynowy
15. Pokój: jednoosobowy / dwuosobowy
16. Poruszanie: leżący
 chodzący: samodzielnie bez pomocy osób trzecich / samodzielnie przy asekuracji drugiej osoby /
przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego / przemieszcza się na wózku inwalidzkim
17. Spożywanie posiłków: samodzielnie / wymaga pomocy i karmienia / karmienie przez PEG / sonda
18. Ocena stanu psychicznego:
Obecność otępienia: tak / nie
Otępienie jest: okresowe (tylko chwilami logiczny) / całkowite (bez logicznego kontaktu) / zapomina się
19. Choroby psychiczne: tak / nie
jakie

Zaburzenie zachowania

Zaburzenia depresyjne

Uzależnienia od alkoholu, leków, narkotyków

20. Inne choroby

.....

21. Czy występuje uczulenie: tak / nie

Jeżeli tak to na co?

22. Potrzeby fizjologiczne: załatwia samodzielnie

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

23. Stan skóry: bez zmian patologicznych

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

.....

24. 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

Pozostałe dokumenty wymagane do przyjęcia:

- aktualne zaświadczenie lekarskie (jeżeli od daty złożenia dokumentów do daty przyjęcia minął okres dłuższy niż 1 miesiąc, Centrum zastrzega sobie konieczność pisemnego poświadczenia, że stan zdrowia osoby nie uległ zmianie lub ponowne dostarczenie zaktualizowanego zaświadczenia lekarskiego na tydzień przed przyjęciem do Centrum Opieki)

- dokumentacja medyczna (wypisy ze szpitala itp.)

- orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

Komplet dokumentacji wysłać mailowo / pocztą lub dostarczyć osobiście 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

