

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO DOMU SENIORA
CENTRUM MEDYCZNE „SKAŁKA”**

DANE OSOBOWE

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

(ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

Data urodzenia Miejsce

Dowód osobisty: seria nr wydany przez

PESEL Numer telefonu

Dane córki / syna lub osoby sprawującej opiekę faktyczną lub przedstawiciela ustawowego:

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

(ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

Dowód osobisty: seria nr wydany przez

PESEL Numer telefonu

Ja niżej podpisany/-a zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do Domu Seniora Centrum Medycznego „SKAŁKA” w Bukowni i jednocześnie wyrażam zgodę na ponoszenie odpłatności za pobyt według ustalonej stawki zawartej w umowie.

Ja niżej podpisany/-a zwracam się z prośbą o przyjęcie,
(Imię i Nazwisko Mieszkańca)

której/go jestem przedstawicielem ustawowym do Domu Seniora Centrum Medycznego „SKAŁKA” w Bukowni i jednocześnie wyrażam zgodę na ponoszenie odpłatności za pobyt według ustalonej stawki zawartej w umowie.

Działając na podstawie art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Centrum Medyczne „SKAŁKA” Sp. z o.o. moich danych osobowych, w związku z ubieganiem się o przyjęcie do Domu Seniora Centrum Medycznego „SKAŁKA” i realizacją procedury przyjęcia. Centrum Medyczne „SKAŁKA” Sp. z o.o. informuje, że administratorem danych osobowych będzie Spółka, która wykorzystywać będzie je wyłącznie samodzielnie lub przez podmioty współpracujące przy działaniach związanych z ubieganiem się przez wnioskodawcę o przyjęcie do Domu i realizacją procedury przyjęcia w celu realizacji wniosku i procedury przyjęcia. Przekazanie danych osobowych wnioskodawcy osobie trzeciej wymaga pisemnej zgody. Wnioskodawcy przysługuje prawo wglądu do jego danych oraz ich poprawienia, a podanie danych przez wnioskodawcę jest dobrowolne.

Miejscowość

.....

Podpis osoby składającej wniosek

Data

**WYKAZ OSÓB SPRAWUJĄCYCH OPIEKĘ FAKTYCZNĄ/
PRZEDSTAWICIELI USTAWOWYCH MIESZKAŃCA**

.....
Imię i Nazwisko Mieszkańca

Lp.	IMIĘ I NAZWISKO	OPIEKUN FAKTYCZNY/ PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY	ADRES ZAMIESZKANIA	DANE KONTAKTOWE (numer telefonu, adres e-mail)

Miejscowość.....

Data

.....
Podpis Mieszkańca
lub opiekuna faktycznego/przedstawiciela ustawowego

.....
Pieczęć placówki

.....
Miejscowość, data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA OSOBY
UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO DOMU SENIORA**

w Centrum Medycznym Skalka Sp. z o.o. w Bukowni, ul. Kolejowa 28

*proszę zakreślić stan istniejący

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu Seniora

.....

Data urodzenia:

Adres zamieszkania (pobytu):

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

2. Choroby współistniejące oraz nawyki:

.....

.....

a/ choroba zakaźna: tak / nie *, jeśli tak to jaka?

b/ nosicielstwo chorób: tak / nie *, jeśli tak to jakie?

c/ gruźlica: tak / nie *

d/ alergie: tak / nie *, jeśli tak to jakie?

.....

3. Badanie przedmiotowe:

a/ waga: kg

b/ wzrost: cm

c/ ciśnienie krwi: / mm Hg

d/ tętno: /min

e/ skóra (odleżyny – występowanie, stopień)

f/ układ oddechowy

g/ układ krążenia

h/ układ trawienia

i/ układ moczowo-płciowy

j/ układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi

k/ układ nerwowy i narządy zmysłów

4. Ocena sprawności ruchowej *:

a/ chodzi samodzielnie

b/ z pomocą innych osób

c/ z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego - podać jakiego, ewentualne potrzeby w tym zakresie:

d/ nie chodzi samodzielnie

5. Ocena zdolności porozumiewania się (ewentualne dysfunkcje) w zakresie:

a/ mowy

b/ słuchu.....

c/ wzroku

6. Czy osoba ubiegająca się o pobyt w Domu Seniora pozostawała lub pozostaje pod opieką

psychiatry? Jeżeli tak, to z jakiego powodu?

.....

.....