

## KARTA ZGŁOSZENIA DO DOMU OPIEKI I REHABILITACJI PAŁAC NAŁĘCZÓW

Imię i nazwisko:	
PESEL:	
Rodzaj zawartej umowy pobytu:	Nieokreślony / Określony (do: .....)
Wykształcenie:	
Zawód wyuczony:	
Stan cywilny:	
Nr dowodu osobistego:	
Data i miejsce urodzenia:	
Przychodnia do której należy Pensjonariusz:	
Dowód osobisty oddany do depozytu:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE, (proszę zdobić xero!)
Orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym lub innym (proszę dostarczyć)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba posiada	<input type="checkbox"/> Opiekuna (imię i nazwisko, nr telefonu) ..... <input type="checkbox"/> Kuratora (imię i nazwisko, nr telefonu) ..... <input type="checkbox"/> NIE
Zlecenie na pieluchy	<input type="checkbox"/> TAK (od kiedy, do kiedy .....) <input type="checkbox"/> NIE
Dostarczona dokumentacja medyczna, jeżeli nie to <u>pilnie dostarczyć</u> , szczególnie od lekarzy specjalistów (diabetolog, kardiolog, neurolog, psychiatra). Historia choroby z przychodni.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Do uzupełnienia (zaświadczenia)
Uwagi	..... ..... ..... ..... .....

## KARTA PENSJONARIUSZA – choroby

	<b>Jakie choroby przewlekłe?</b> (proszę dostarczyć zaświadczenia)	<b>Leczony/a u lek. specjalisty?</b>
<b>Choroby przewlekłe:</b>	Diabetologiczne: Tak / Nie .....	Tak / Nie
	Kardiologiczne: Tak / Nie .....	Tak / Nie
	Neurologiczne: Tak / Nie .....	Tak / Nie
	Psychiatryczne: Tak / Nie .....	Tak / Nie
	Inne: .....	Tak / Nie
	Nietrzymanie moczu	Tak / Nie
	Nietrzymanie stolca	Tak / Nie
	Cewnik w pęcherzu moczowym	Tak / Nie
	Odleżyny	Tak / Nie
	Jedzenie	Je samodzielnie / Jest karmiony
	Ubieranie się	<input type="checkbox"/> Nie ubiera się samodzielnie <input type="checkbox"/> Potrzebuje pomocy <input type="checkbox"/> Samodzielnie
	Chodzenie	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Samodzielnie <input type="checkbox"/> Używa sprzętu – laska/chodzik
	Czy wymaga wózka inwalidzkiego	Tak / Nie
	Czy posiada wózek inwalidzki (Jeżeli tak - czy była brana refundacja)	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK (kiedy .....)
	Czy wymaga innego zapatrzienia medycznego?	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK (jakiego .....)
	Czy używa pieluchomajtek?	Tak / Nie
	Aparat słuchowy?	Tak / Nie
	Okulary?	Tak / Nie
	Protezy?	Tak / Nie

