

WNIOSEK O PRZYJĘCIE

Imię i Nazwisko

.....

Adres zamieszkania .

.....

Data i miejsce urodzenia:

.....

Dowód osobisty:

seria.....nr:wydany przez

.....

PESEL

Numer telefonu:

Dane osoby sprawującej opiekę faktyczną lub przedstawiciela ustawowego:

Imię i Nazwisko:

.....

Adres.....

Dowód osobisty:

seria.....nr:wydany przez

PESEL

Numer telefonu:

Ja niżej podpisany/-a zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie na pobyt rehabilitacyjny w Inowrocławiu 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 SOLANKI Uzdrowisko Inowrocław Sp. z o.o. moich danych osobowych, w związku z ubieganiem się o przyjęcie na rehabilitację neurologiczną i realizacją procedury przyjęcia. SOLANKI Uzdrowisko Inowrocław 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 na rehabilitację neurologiczną i realizacją procedury przyjęcia, wyłącznie na potrzeby marketingowe oraz 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 poprawiania, a podanie danych przez wnioskodawcę jest dobrowolne.

.....
(Data, miejscowość)

.....
(Podpis Wnioskodawcy)

.....
Data, miejscowość

.....
Pieczęta placówki

**ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ
O PRZYJĘCIE
- Rehabilitacja neurologiczna -**

CZEŚĆ A –wypełnia lekarz

*proszę zakreślić stan istniejący

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie na rehabilitację:

.....

Data urodzenia:PESEL:

Adres zamieszkania (pobytu).....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

2. Choroby współistniejące oraz nawyk

.....

.....

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: waga:.....kg, wzrost:.....cm

ciśnienie krwi..... tętno/min.....

a/ skóra i węzły chłonne.....

b/ układ oddechowy.....

c/ układ krążenia,.....

d/ układ trawienia.....

e/ układ moczowo/płciowy.....

f/ układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi.....

.....

g/ 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 skierowanie pozostawała lub pozostaje pod opieką psychiatry, jeżeli tak, to z jakiego powodu?

.....

.....

.....
(data, pieczęć i podpis lekarza)



SOLANKI

Uzdrowisko Inowrocław

CZĘŚĆ B – wypełnia lekarz lub pielęgniarka

KATEGORYZACJA PACJENTÓW

Wyznacznik opieki	Kategoria – punkty
Poruszanie się	Porusza się samodzielnie w środowisku pozbawionym barier architektonicznych –4 pkt <input type="checkbox"/> Porusza się na wózku lub przy pomocy dodatkowego sprzętu –3 pkt. <input type="checkbox"/> Więcej czasu spędza w łóżku, ale sam zmienia pozycję ciała; wymaga pomocy w nauce poruszania się –2 pkt. <input type="checkbox"/> Pacjent leżący i wymagający zmiany pozycji ciała przez osoby opiekujące się -1 pkt. <input type="checkbox"/>
Odżywianie się	Nie wymaga pomocy w spożywaniu posiłków; brak ograniczeń dietetycznych –4pkt. <input type="checkbox"/> Wymaga pomocy w spożywaniu posiłków; może mieć ograniczenia dietetyczne –3 pkt <input type="checkbox"/> Wymaga karmienia –2 pkt. <input type="checkbox"/> Wymaga odżywiania pozajelitowego lub przez zgłębnik –1pkt. <input type="checkbox"/>
Wydalenie i kontrola diurezy	Brak zaburzeń w wydalaniu moczu i stolca –4pkt. <input type="checkbox"/> Ma nieznaczne zaburzenia wydalania moczu i stolca; wymaga pomocy w zaspokojeniu potrzeb fizjologicznych–3pkt. <input type="checkbox"/> Niekontrolowane mikcje, wymaga podania kaczki, basenu lub założenia pieluchomajtek (wkładki), nietrzymanie stolca sporadyczne –2pkt. <input type="checkbox"/> Pełne nietrzymanie moczu i stolca, wymaga zastosowania cewnika wewnętrznego lub zewnętrznego –1pkt. <input type="checkbox"/>
Utrzymanie higieny ciała	W łazience pozbawionej barier architektonicznych nie wymaga pomocy w utrzymaniu higieny ciała –4pkt. <input type="checkbox"/> Wymaga pomocy w przygotowaniu łazienki, przyborów do mycia ciała itp. -3pkt. <input type="checkbox"/> Wymaga pomocy w wykonaniu toalety całego ciała –2 pkt. <input type="checkbox"/> Wymaga wykonania pełnej toalety całego ciała przez osoby opiekujące się –1pkt. <input type="checkbox"/>
Występowanie odleżyn	Brak odleżyn i ryzyka ich wystąpienia –4pkt. <input type="checkbox"/> Brak odleżyn, ale jest ryzyko ich wystąpienia –3 pkt. <input type="checkbox"/> Występują odleżyny I, II, III stopnia –2pkt. <input type="checkbox"/> Występują odleżyny IV i V stopnia –1pkt. <input type="checkbox"/>
Kontynuacja leczenia	Nie wymaga systematycznego podawania leków –4pkt. <input type="checkbox"/> Wymaga podawania leków doustnych –3pkt. <input type="checkbox"/> Wymaga podawania leków pozajelitowo –2pkt. <input type="checkbox"/> Wymaga wykonywania dożylnych wlewów kroplowych i podawania leków do ZOP –1pkt. <input type="checkbox"/>
Porozumiewanie się	Zaburzenia w komunikowaniu się niewielkiego stopnia, używa języka migowego –4pkt. <input type="checkbox"/> Utrudniony kontakt werbalny (zaburzenia mowy) i niewerbalny –3pkt. <input type="checkbox"/> Znacznie zaburzony kontakt werbalny i niewerbalny –2pkt. <input type="checkbox"/>

	Brak kontaktu (postrzeganie pozazmysłowe) –1pkt. <input type="checkbox"/>
Usprawnianie i rehabilitacja	Czynny i aktywny udział w rehabilitacji –4pkt. <input type="checkbox"/>
	Czynny udział w rehabilitacji, ale wymaga ciągłej motywacji i zachęty –3pkt. <input type="checkbox"/>
	Wymaga pomocy w wykonywaniu ćwiczeń usprawniających –2 pkt. <input type="checkbox"/>
	Brak czynnego udziału w rehabilitacji –usprawnianie bierne –1pkt. <input type="checkbox"/>
Terapia zajęciowa	Czynny i aktywny udział w terapii zajęciowej – 4pkt. <input type="checkbox"/>
	Czynny udział w terapii zajęciowej, ale wymaga motywacji i aktywizacji – 3 pkt. <input type="checkbox"/>
	Bierny udział w terapii zajęciowej, nie może brać udziału we wszystkich formach terapii – 2 pkt. <input type="checkbox"/>
	Brak zdolności do współpracy w zakresie terapii zajęciowej – 1 pkt. <input type="checkbox"/>
Stan psychospołeczny	Optymalne nastawienie wobec choroby, niepełnosprawności; pacjent jest wsparciem dla innych – 4 pkt. <input type="checkbox"/>
	Pozytywne nastawienie wobec chorych, niepełnosprawności – 3 pkt. <input type="checkbox"/>
	Obojętność wobec stanu zdrowia wykazywana przez pacjenta i rodzinę (brak współpracy) – 2 pkt. <input type="checkbox"/>
	Negatywne nastawienie wobec chorych (nawet wrogość w stosunku do siebie i innych) – 1 pkt. <input type="checkbox"/>
Samoopieka – samopielęgnacja	Ma wiedzę, umiejętności, możliwości i motywację w zakresie sprawowania samoopieki – 4 pkt. <input type="checkbox"/>
	Wymaga uzupełnienia wiedzy, nabycia umiejętności i stworzenia warunków w zakresie sprawowania samoopieki – 3 pkt. <input type="checkbox"/>
	Wymaga uzupełnienia wiedzy, nabycia umiejętności, stworzenia warunków i wzbudzenia motywacji w zakresie sprawowania samoopieki – 2 pkt. <input type="checkbox"/>
	Brak zdolności do współpracy ze strony pacjenta, wyposażenie rodziny w wiedzę, umiejętności, możliwości i motywację do sprawowania opieki nad pacjentem – 1 pkt. <input type="checkbox"/>

Wynik kategoryzacji pkt.

Kategoria I (44-39): niewielkie deficyty w samopielęgnacji, wymaga umiarkowanej opieki pielęgniarskiej i rehabilitacji.

Kategoria II (38-28): średnie deficyty w samopielęgnacji, wymaga systematycznej opieki pielęgniarskiej, pomocy i motywacji.

Kategoria III (27-17): duże deficyty w samopielęgnacji, wymaga wzmożonej pielęgnacji, pomocy i aktywizacji.

Kategoria IV (16-11): całkowity brak samopielęgnacji, wymaga stałej intensywnej opieki i pielęgnacji.

.....

(data, pieczęć i podpis lekarza lub pielęgniarki)

**WYKAZ OSÓB SPRAWUJĄCYCH OPIEKĘ FAKTYCZNA/
PRZEDSTAWICIELI USTAWOWYCH KLIENTA**

.....

(Imię i Nazwisko Klienta)

PESEL:

L.p.	Imię i nazwisko	Opiekun faktyczny Przedstawiciel ustawowy	Dane kontaktowe (numer telefonu, adres e-mail)
1.			
2.			
3.			

.....

Data, miejscowość

.....

Podpis Klienta lub opiekuna faktycznego /

przedstawiciela ustawowego

DOKUMENTY I RZECZY OSOBISTE WYMAGANE PRZY PRZYJĘCIU

I. Dokumenty:

1. Pisemny wniosek osoby ubiegającej się o przyjęcie na pobyt leczniczy.
2. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia oraz historia choroby.
3. Lista leków przyjmowanych przez Klienta.
4. Wykaz osób sprawujących opiekę faktyczną/przedstawicieli ustawowych Klienta.
5. Dowód osobisty lub inny dokument potwierdzający tożsamość Klienta.
6. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, o ile takowe istnieje.
7. Aktualne wyniki badań:

II. Rzeczy osobiste:

1. Zestaw toaletowy.
2. Pantofle (obuwie powinno być stabilne), klapki kąpielowe pod prysznic
3. Piżama, koszula nocna, szlafrok
4. Ubiór sportowy typu dres
5. **Zażywane lekarstwa - koniecznie w oryginalnych opakowaniach.**