

Formularz zgłoszenia Centrum Telemedyczne „ALTRU”

1 Dane przyszłego Pensjonariusza

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Nr PESEL:

Adres zameldowania:

Numer dowodu osobistego: seria..... numer.....

2 Dane opiekunów (osób do kontaktu)

Imię i nazwisko:

Stopień pokrewieństwa:

Adres:

PESEL:

Telefon:

e-mail:

Opiekun II

Imię i nazwisko:

Stopień pokrewieństwa:

Adres:

PESEL:

Telefon:

e-mail:

Opiekun III

Imię i nazwisko:

Stopień pokrewieństwa:

Adres:

PESEL:

Telefon:

e-mail:

3 Informacje uzupełniające

Wiek.....

Waga.....

Wzrost.....

1.Czy osoba jest na diecie

- ☐ Nie
☐ Tak, jakiej?

2.Czy osoba posiada alergię?

a-pokarmowa

- ☐ Nie
☐ Tak, jaka?

b-kontaktowa

- ☐ Nie
☐ Tak, jaka?

c-wziewna

- ☐ Nie
☐ Tak, jaka?

3.Czy osoba toleruje produkty mleczne:

- ☐ Tak
☐ Nie, jakie?

4. Czy osoba toleruje owoce i surowe warzywa

- ☐ Tak
☐ Nie, jakie?

5.Czy osoba znajduje się pod opieką poradni specjalistycznej?

- ☐ Nie
☐ Tak, jakie?

6.Czy osoba rozumie i wykonuje polecenia?

- ☐ Tak
☐ Nie

7.Czy osoba bierze aktualnie leki uspokajające lub przeciwdepresyjne?

- ☐ Nie
☐ Tak, jakie?

8.Czy osoba jest uzależniona?

- ☐ nikotyna
☐ alkohol
☐ leki
☐ inne, jakie?.....

9.Czy osoba jest ubezwłasnowolniona

- ☐ Tak
☐ Nie

10.Zdolność do samodzielnego poruszania się

- ☐ Samodzielny
☐ Używa sprzętu-laska, chodzik, balonik
☐ Wymaga pomocy
☐ Używa wózka inwalidzkiego/ o-posiada wózek/ o-nie posiada wózka

11.Czy osoba wymaga innego zaopatrzenia ortopedycznego?

- ☐ Nie
☐ Tak, jakie?

12.Czy osoba używa pielucha majtek?

- ☐ Tak
☐ Nie

13.Czy osoba posiada odleżyny?

- ☐ Nie
☐ Tak, umiejscowienie

14.Czy osoba używa aparatu słuchowego?

- ☐ Tak
☐ Nie

15.Czy osoba nosi okulary?

- ☐ Tak
☐ Nie

16. Czy osoba nosi protezy lub inne uzupełnienia protetyczne?

- ☐ Nie
☐ Tak, jakie?

17. Czy osoba posiada aktualne zlecenia na wyroby medyczne?

- ☐ Nie
☐ Tak, jakie?

18. Czy osoba posiada orzeczony stopień niepełnosprawności?

- ☐ Nie
☐ lekki
☐ umiarkowany
☐ znaczny

19. Czy osoba posiada chorobę zasadniczą lub choroby współistniejące?

- ☐ Alzheimer
☐ Parkinson
☐ astma
☐ choroby zakaźne
☐ choroby skóry
☐ cukrzyca (na insulinie/ na diecie)
☐ demencja
☐ depresja
☐ gruźlica
☐ niewydolność serca
☐ nowotwór
☐ reumatyzm
☐ stwardnienie rozsiane
☐ wysokie ciśnienie
☐ zawał serca
☐ inne:

20. Czy osoba ma rozpoznana demencję?

- ☐ Tak
☐ Nie

21. Czy osoba ma problemy z trzymaniem moczu?

- ☐ Nie
☐ Tak, jakie?

22. Czy osoba ma problemy z trzymaniem stolca?

- ☐ Nie
☐ Tak, jakie?

23. Czy osoba posiada cewnik w pęcherzu moczowym?

- ☐ Tak
☐ Nie

24. Czy osoba potrzebuje asysty podczas posiłków?

- ☐ je samodzielnie
☐ wymaga asysty

25. Czy osoba potrzebuje asysty podczas ubierania/rozbierania się?

- ☐ ubiera/rozbiera się samodzielnie
☐ potrzebuje asysty

4 Informacje uzupełniające dotyczące zakwaterowania

1. Przewidywany czas pobytu:

- ☐ nieokreślony
☐ określony, jaki?

2. Zakwaterowanie w pokoju:

- ☐ jednoosobowym
☐ dwuosobowym
☐ trzyosobowym

3. Czy pensjonariusz wyraża zgodę na fotografowanie i filmowanie podczas zajęć, uroczystości oraz umieszczanie materiałów na stronie i internetowej „Altru” Centrum Telemedyczne.

- ☐ Tak
☐ Nie

4. Co osoba lubi robić, czym się interesuje, co jej sprawia przyjemność?

.....

.....

.....

5. Czy osoba jest wierząca?

- ☐ Tak
☐ Nie

5 Oświadczenia

1. Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

2. Działając na podstawie art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2015 r. poz. 2135, 2281) oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez „ALTRU” Centrum Telemedyczne danych osobowych, w związku z ubieganiem się o przyjęcie Mieszkańca do Domu.

Administratorem danych osobowych będzie wyłącznie „ALTRU” Centrum Telemedyczne, który wykorzystywać będzie je samodzielnie przy działaniach związanych z ubieganiem się przez wnioskodawcę o przyjęcie do Domu, realizacją procedury przyjęcia i świadczenia usług wobec Mieszkańca. Wnioskodawcy przysługuje prawo wglądu do jego danych oraz ich poprawiania, a podanie danych przez wnioskodawcę jest dobrowolne.

.....
Data i podpis Pensjonariusza / Przedstawiciela