

## CZĘŚĆ I (wypełnia opiekun)

Lp.	DANE OSOBOWE OSOBY ZGŁOSZONEJ DO PRZYJĘCIA		Uwagi
1.	Imię i nazwisko, Nazwisko rodowe	z d.	
2.	Imiona rodziców	matka ojciec	
3.	Data i miejsce urodzenia		
4.	Adres zameldowania		
5.	Adres zamieszkania		
6.	Seria i numer dowodu osobistego		
7.	PESEL		
8.	Narodowość		
9.	Wyznanie		
10.	Stan cywilny	imię współmałżonka	
11.	Wykształcenie	zawód	
12.	Emerytura/renta- numer		

## CZĘŚĆ II (wypełnia lekarz)

Lp.		STAN ZDROWIA OSOBY ZGŁOSZONEJ DO PRZYJĘCIA	Uwagi
13.	Diagnoza lekarza		
14.	Leczenie szpitalne w ciągu ostatnich dwóch lat: kiedy, z jakiego powodu...		
15.	Zastosowane środki pomocnicze, pampersy karta NFZ.		
16.	Czy występuje choroba psychiczna, zakaźna lub onkologiczna?		
17.	Zastosowane leki		
18.	Inne zalecenia		

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis i pieczęć lekarza

### CZEŚĆ III (wypełnia lekarz )

Lp.	Skala Barthel <sup>1</sup>	STAN PSYCHICZNO-FIZYCZNY OSOBY ZGŁOSZONEJ DO PRZYJĘCIA			Uwagi
		nie potrafi	potrafi z pomocą	samodzielnie	
19.	Spożywanie Posiłków	0	5	10	
20.	Przechodzenie z łóżka na wózek i odwrotnie	0	5	10	
21.	Utrzymanie higieny osobistej	0	5	10	
22.	Korzystanie z WC	0	5	10	
23.	Mycie/kąpiel Całego ciała	0	5	10	
24.	Przejsięcie odległości 50 m (ew. przy pomocy sprzętu)	0	5	10	
25.	Chodzenie po schodach	0	5	10	
26.	Jazda na wózku	0	5	10	
27.	Ubieranie I rozbieranie	0	5	10	
28.	Kontrola zwieracza odbytu	0	5	10	
29.	Kontrola zwieraczy pęcherza	0	5	10	
30.	Stan fizyczny	leży	siedzi	chodzi	
31.	Kontakt psychiczny	żaden	słaby	dobry	
32.	Waga w kg.	poniżej 50	50-80	85-100	
33.	Wzrost w cm	poniżej 150	150-170 cm	powyżej 170	

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis i pieczętka lekarza

\*

0-20 punktów – brak zdolności do samoopieki (potrzebne ok. 5 godzin indywidualnej opieki na dobę)

21-85 punktów – znacznie ograniczona zdolność do samoopieki

80–100 punktów – ograniczona zdolność do samoopieki

#### CZEŚĆ IV (wypełnia opiekun)

Lp.		DANE OSOBOWE OPIEKUNA OSOBY ZGŁOSZONEJ	Uwagi
34.	Imię i nazwisko		
35.	Data i miejsce urodzenia		
36.	Adres zameldowania		
37.	Adres zamieszkania		
38.	Seria i numer dowodu osobistego		
39.	PESEL		
40.	Stopień pokrewieństwa albo podstawa prawna do sprawowania opieki		
41.	Telefon		
42.	Inne formy kontaktu (fax, e-mail...)		

Dokumenty wymagane w przypadku umieszczenia w Zakładzie osoby ubezwłasnowolnionej:

1. Postanowienie sądu o ubezwłasnowolnieniu
2. Postanowienie sądu zezwalające opiekunowi na umieszczenie osoby ubezwłasnowolnionej w Zakładzie
3. Postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna lub kuratora.

## OŚWIADCZENIE OPIEKUNA

Lp.	NAJBLIŻSZA RODZINA OSOBY ZGŁOSZONEJ DO PRZYJĘCIA (żyjący małżonek i dzieci: wnuki, jeśli są najbliższą rodziną)			Uwagi
	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	telefon	
43.				
44.				
45.				
<b>OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA POGRZEB</b>				
Lp.	Imię i nazwisko	stopień pokrewieństwa	telefon	
46.				

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach dla potrzeb niezbędnych do zawarcia umowy, przyjęcia do Zakładu i sprawowania opieki – zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE z 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (ogólne rozporządzenie o ochronie danych RODO).

.....  
Data i miejsce

.....  
podpis

## CZEŚĆ V (wypełnia zakład)

Lp.	NAZWA DOKUMENTU	WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO UMOWY o sprawowanie opieki		Uwagi
		forma	dostarczono	
47.	Dowód osobisty osoby zgłoszonej do przyjęcia	oryginał do wglądu		
48.	Dowód osobisty opiekuna	oryginał do wglądu		
49.	Legitymacja rencisty/emeryta	oryginał do wglądu		
50.	Wyniki badań medycznych (badanie krwi, moczu. inne)	oryginał		
51.	Karty wypisowe ze szpitala	oryginał		
52.	Karta z NFZ	oryginał		

## CZEŚĆ VI (wypełnia dyrektor zakładu)

Lp.	DECYZJA KWALIFIKACYJNA	Uwagi
53.	Osoba zgłoszona kwalifikuje się do przyjęcia do Zakładu Specjalnego dla Chronicznie Chorych w Warszawie	

## CZEŚĆ VII (wypełnia zakład)

Lp.	DATA ZAWIADOMIENIA O WOLNYM MIEJSCU	DECYZJA/USTALENIE DATY PRZYJĘCIA	Uwagi/podpis
54.			
55.			

Dwukrotna odmowa powoduje przesunięcie wniosku na koniec kolejki osób oczekujących.  
Ponowna odmowa spowoduje anulowanie wniosku.

.....  
miejsce i data

.....  
podpis dyrektora