



## **DOKUMENTY I RZECZY OSOBISTE WYMAGANE**

### **PRZY PRZYJĘCIU DO DOMU SENIORA**

#### **POBYT CAŁODOBOWY**

##### **I. Dokumenty:**

1. Pisemny wniosek osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu lub jej przedstawiciela ustawowego oraz zgoda osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu, jej przedstawiciela ustawowego lub innej osoby, która zobowiązana będzie do ponoszenia opłat za pobyt.
2. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia.
3. Lista leków przyjmowanych przez Pensjonariusza.
4. Wykaz osób sprawujących opiekę faktyczną/przedstawicieli ustawowych Pensjonariusza.
5. Informacje dodatkowe dotyczące Pensjonariusza.
6. Dowód osobisty lub inny dokument potwierdzający tożsamość Wnioskodawcy.
7. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (jeżeli zostało wydane).
8. Aktualne wyniki badań: elektrolity (sód, potas, magnez), lipidogram, glikemia (cukier w surowicy krwi), białko w surowicy krwi, morfologia pełna, TSH, klirens kreatyniny, badania ogólne moczu.

##### **II. Rzeczy osobiste:**

1. Zestaw toaletowy: przybory do higieny jamy ustnej (szczoteczka i pasta do zębów, naczynie do protez i środek do czyszczenia protez), gąbka, ręczniki (w tym kąpielowy), mydło, szampon, przybory do golenia, przybory do paznokci
2. Pantofle (obuwie powinno być stabilne), klapki kąpielowe pod prysznic
3. Piżama, koszula nocna, szlafrok
4. Ubiór sportowy i obuwie sportowe





## **DOKUMENTY I RZECZY OSOBISTE WYMAGANE**

### **PRZY PRZYJĘCIU DO DOMU SENIORA**

#### **POBYT DZIENNY**

##### **I. Dokumenty:**

1. Pisemny wniosek osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu lub jej przedstawiciela ustawowego oraz zgoda osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu, jej przedstawiciela ustawowego lub innej osoby, która zobowiązana będzie do ponoszenia opłat za pobyt.
2. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia.
3. Lista leków przyjmowanych przez Pensjonariusza.
4. Wykaz osób sprawujących opiekę faktyczną/przedstawicieli ustawowych Pensjonariusza.
5. Informacje dodatkowe dotyczące Pensjonariusza.
6. Dowód osobisty lub inny dokument potwierdzający tożsamość Wnioskodawcy.

##### **II. Rzeczy osobiste:**

1. Pantofle (obuwie powinno być stabilne),
2. Ubiór sportowy oraz obuwie sportowe,





## WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO DOMU SENIORA

### DANE OSOBOWE

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 do Domu Seniora w Zawadzkiem 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 Pensjonariusza) której/go jestem przedstawicielem ustawowym do Domu Seniora w Zawadzkiem 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 Dom Seniora w Zawadzkiem moich danych osobowych, w związku z ubieganiem się o przyjęcie do Domu Seniora i realizacją procedury przyjęcia. Dom Seniora informuje, że administratorem danych osobowych będzie Dom, który 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, 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 i podpis wnioskodawcy



**ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA  
OSOBY UBIELAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO DOMU SENIORA  
(pobyt całodobowy/ pobyt dzienny)**

**Wypełnia lekarz**

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu Seniora:

.....  
.....

Data urodzenia: .....PESEL: .....

Adres zamieszkania (pobytu).....

**1. Rozpoznanie choroby zasadniczej**

.....  
.....

**2. Choroby współistniejące**

.....  
.....

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)



**LISTA LEKÓW PRZYJMOWANYCH PRZEZ PENSJONARIUSZA  
(W OKRESIE CO NAJMNIEJ OSTATNICH DWÓCH MIESIĘCY)  
(pobyt całodobowy/ pobyt dzienny)**

.....

(Imię i nazwisko Pensjonariusza)

PESEL: .....

<b>lp</b>	<b>Nazwa leku</b>	<b>Dawkowanie</b>

.....

Data, miejscowość

.....

Podpis Pensjonariusza lub opiekuna  
faktycznego/przedstawiciela ustawowego







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

**(pobyt całodobowy/ pobyt dzienny)**

.....

(Imię i Nazwisko Pensjonariusza)

PESEL: .....

L.p. Imię i nazwisko Opiekun faktyczny Przedstawiciel ustawowy

Dane kontaktowe (numer telefonu, adres e-mail)

<b>Lp.</b>	<b>Opiekun faktyczny/ Przedstawiciel ustawowy</b>	<b>Adres zamieszkania</b>	<b>Dane kontaktowe</b>

.....

Data, miejscowość

.....

Podpis Pensjonariusza lub opiekuna  
faktycznego/przedstawiciela ustawowego



