

## 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

.....  
Pieczętka 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**

| <b>Wyznacznik opieki</b>     | <b>Kategoria – punkty</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Poruszanie się               | Porusza się samodzielnie w środowisku pozbawionym barier architektonicznych –4 pkt <input type="checkbox"/><br>Porusza się na wózku lub przy pomocy dodatkowego sprzętu –3 pkt. <input type="checkbox"/><br>Więcej czasu spędza w łóżku, ale sam zmienia pozycję ciała; wymaga pomocy w nauce poruszania się –2 pkt. <input type="checkbox"/><br>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"/><br>Wymaga pomocy w spożywaniu posiłków; może mieć ograniczenia dietetyczne –3 pkt <input type="checkbox"/><br>Wymaga karmienia –2 pkt. <input type="checkbox"/><br>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"/><br>Ma nieznaczne zaburzenia wydalania moczu i stolca; wymaga pomocy w zaspokojeniu potrzeb fizjologicznych–3pkt. <input type="checkbox"/><br>Niekontrolowane mikcje, wymaga podania kaczki, basenu lub założenia pieluchomajtek (wkładki), nietrzymanie stolca sporadyczne –2pkt. <input type="checkbox"/><br>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"/><br>Wymaga pomocy w przygotowaniu łazienki, przyborów do mycia ciała itp. -3pkt. <input type="checkbox"/><br>Wymaga pomocy w wykonaniu toalety całego ciała –2 pkt. <input type="checkbox"/><br>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"/><br>Brak odleżyn, ale jest ryzyko ich wystąpienia –3 pkt. <input type="checkbox"/><br>Występują odleżyny I, II, III stopnia –2pkt. <input type="checkbox"/><br>Występują odleżyny IV i V stopnia –1pkt. <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                               |
| Kontynuacja leczenia         | Nie wymaga systematycznego podawania leków –4pkt. <input type="checkbox"/><br>Wymaga podawania leków doustnych –3pkt. <input type="checkbox"/><br>Wymaga podawania leków pozajelitowo –2pkt. <input type="checkbox"/><br>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"/><br>Utrudniony kontakt werbalny (zaburzenia mowy) i niewerbalny –3pkt. <input type="checkbox"/><br>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)



**SOLANKI**  
Uzdrowisko Inowrocław

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

.....

(Imię i Nazwisko Klienta)

PESEL: .....

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

.....

Data, miejscowość

.....

Podpis Klienta lub opiekuna faktycznego /  
przedstawiciela ustawowego



### **WAŻNE!**

Wraz z powyższymi dokumentami prosimy o dołączenie aktualnej dokumentacji medycznej (wypis ze szpitala, wyniki badań) do wglądu przed przyjazdem.

## **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.**