



## 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 pkt1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez SOLANKI Uzdrawisko Inowrocław Sp. z o.o. moich danych osobowych, w związku z ubieganiem się o przyjęcie na rehabilitację neurologiczną i realizacją procedury przyjęcia. SOLANKI Uzdrawisko 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**

**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"/> 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)



**SOLANKI**  
Uzdrowisko Inowrocław

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

.....

(Imię i Nazwisko Klienta)

PESEL: .....

<b>L.p.</b>	<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Opiekun faktyczny Przedstawiciel ustawowy</b>	<b>Dane kontaktowe (numer telefonu, adres e-mail)</b>
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.**

## **WAŻNE!**

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