

KARTA KWALIFIKACYJNA
DO DOMU OPIEKI „SENIOR MED”

DANE POTRZEBNE DO UMOWY:

Pensjonariusz

Imię i Nazwisko

PESEL:

Adres zamieszkania z kodem:

Dowód osobisty seria/ nr: wydanym w dniu

przez.....

Ważny do

Opiekun

Imię i Nazwisko

PESEL:

Adres zamieszkania z kodem:

Dowód osobisty seria/ nr: wydanym w dniu

przez.....

Ważny do

Pokrewieństwo:

Telefon komórkowy:

Adres e-mailowy:

Rodzaj pokoju:

Osoby upoważnione do otrzymywania danych wrażliwych

1. Imię i Nazwisko

PESEL:

Dowód osobisty seria/ nr:

Pokrewieństwo:

Telefon komórkowy:

Adres e-mailowy:

2. Imię i Nazwisko

PESEL:

Dowód osobisty seria/ nr:

Pokrewieństwo:

Telefon komórkowy:

Adres e-mailowy:

3. Imię i Nazwisko

PESEL:

Dowód osobisty seria/ nr:

Pokrewieństwo:

Telefon komórkowy:

Adres e-mailowy:

WYKAZ NIEZBĘDNYCH DOKUMENTÓW:

1. Dokument tożsamości (Dowód osobisty, Paszport)
2. Aktualne informacje medyczne (informacje o stanie zdrowia, podstawowe badania lekarskie, karty informacyjne z pobytów w szpitalach , rodzaj przyjmowanych leków, dawkowanie, itp.)
3. Dokument poświadczający ubezpieczenie zdrowotne (legitymacja lub odcinek renty, emerytury)

WYKAZ NIEZBĘDNYCH RZECZY OSOBISTYCH:

1. Ubiór dzienny na zmianę
2. Wierzchnie okrycie letnie/zimowe – wg potrzeb
3. Zmiana bielizny osobistej
4. Zmiana bielizny nocnej
5. Szlafrok
6. Kaptcie
7. Ręczniki – małe 2 szt., duże – 2 szt.
8. Przybory toaletowe oraz do higieny osobistej (szczoteczka do zębów, pasta do zębów, przybory do golenia, grzebień lub szczotka do włosów, kosmetyki, itd.)
9. Lekarstwa w oryginalnych opakowaniach
10. Pampersy (jeśli są potrzebne)

NUMER KONTA BANKOWEGO:

SENIOR MED. Sp z o.o. Sp. K.

Bank Pekao SA

PL 25 1240 6159 1111 0010 7025 5082

NR SWIFT/BIC: PKOPPLPW

Załącznik nr 2 A

Lista rzeczy pozostawionych w ośrodku w dniu przyjęcia (medykamenty)

Dane Pacjenta:

Imię i Nazwisko: PESEL:

Lekarstwa	Ilość	Uwagi
Dokumentacja medyczna	Ilość	Uwagi
Inne		

.....
Podpis przedstawiciela ustawowego / Zlecającego/ Pensjonariusza.....
Data i podpis, pielęgniarki**Załącznik nr 2B****Lista rzeczy pozostawionych w ośrodku w dniu przyjęcia (odzież)****Dane Pacjenta:**

Imię i Nazwisko: PESEL:
.....

Ubrania	Ilość	Stan
Rzeczy osobiste	Ilość	Stan

.....
Data i podpis przedstawiciela ustawowego / Zlecającego/ Pensjonariusza
.....

Data i podpis opiekunki