



.....
Miejscowość, data

Zgłoszenie
uczestnika do pobytu długoterminowego
w Centrum „Ostoja” w Woli Batorskiej

Proponowany termin:

Dane personalne uczestnika:

Nazwisko Imię

Adres zamieszkania

PESEL Wykształcenie

Telefon e-mail

Adres rodziny lub opiekuna, nr telefonu (obowiązkowy):

Określenie poziomu samodzielności uczestnika turnusu:

(wypełnia Pacjent lub opiekun – wstawić znak **X** w odpowiednie pole)

L.p.	Czynność	nie potrafi	potrafi z pomocą	Samodzielnie (nie dotyczy)
1.	Spożywanie posiłków			
2.	Przechodzenie z łóżka na wózek i odwrotnie			
3.	Utrzymanie higieny osobistej			
4.	Korzystanie z WC			
5.	Mycie / kąpiel całego ciała			
6.	Przejsięcie odległości 50 m (ewentualnie przy pomocy sprzętu)			
7.	Chodzenie po schodach			
8.	Poruszanie się na wózku			
9.	Ubieranie i rozbieranie się			
10.	Kontrolowanie potrzeb fizjologicznych			

Adres:
ul. Dunajewskiego 5
31-133 Kraków

NIP: 676-001-75-41
KRS: 0000055578
REGON: 350571668

Kontakt:
www.fundacja-sm.org



Stopień aktywności ruchowej: wstaje z łóżka samodzielnie

wstaje z łóżka tylko z pomocą całkowite unieruchomienie w łóżku

Poruszanie się: samodzielnie o kulach/lasce o balkoniku na wózku

nie potrafi

Zaburzenia neuropsychiczne: bez zaburzeń

łagodna demencja (zorientowany w miejscu i czasie) ciężka demencja lub depresja

Konieczność stosowania (*stosowne zakreślić lub dopisać*): okulary ; aparat słuchowy ;

kule/laska ; balkonik ; wózek inwalidzki ; pampersy ; protezy ;

inne.....

Adres:
ul. Dunajewskiego 5
31-133 Kraków

NIP: 676-001-75-41
KRS: 0000055578
REGON: 350571668

Kontakt:
www.fundacja-sm.org



Wywiad chorobowy:

Przebyte i obecne choroby:.....

.....

.....

Związane z tym obecnie problemy.....

.....

.....

Przyjmowane leki (zabrać kartę informacyjną od lekarza)

.....

.....

Inne, ważne informacje:

- dieta: NIE ; TAK ,
jaka.....

- stwierdzone uczulenia: NIE ; TAK ,
jakie.....

- istnienie odleżyn: NIE ; TAK , gdzie i jak silne.....

.....

- nałogi: NIE ; TAK , jakie

.....

- przyzwyczajenia i nawyki:

.....

- zainteresowania:.....

.....

Adres:
ul. Dunajewskiego 5
31-133 Kraków

NIP: 676-001-75-41
KRS: 0000055578
REGON: 350571668

Kontakt:
www.fundacja-sm.org



FUNDACJA
NA RZECZ CHORYCH NA SM
IM. BŁ. ANIELI SALAWY

Uczestnik zobowiązany jest złożyć ze zgłoszeniem:

- **kartę informacyjną od lekarza lub wypis ze szpitala**
- **zaświadczenie o stanie zdrowia uczestnika (załącznik 2)**
- **orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub równoważne (jeżeli są przyznane).**
- **wypełnioną kartę oceny - Skala Bartela**

Uczestnik zobowiązany jest zabrać ze sobą:

- dowód osobisty, dowód dokonanej wpłaty na konto Ośrodka,
- odzież, kilka ręczników
- zapas przyjmowanych leków oraz w razie konieczności zapas pampersów,
- w razie konieczności: indywidualny sprzęt i przedmioty ortopedyczne,

.....
(Podpis osoby wypełniającej)

Adres:
ul. Dunajewskiego 5
31-133 Kraków

NIP: 676-001-75-41
KRS: 0000055578
REGON: 350571668

Kontakt:
www.fundacja-sm.org