

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE  
DO ZAKŁADU/ODDZIAŁU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO  
W CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII W BYSTREJ**

**Część 1**

**1. Dane identyfikacyjne pacjenta:**

Imię i nazwisko: .....

PESEL( a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość):  
.....

Adres zamieszkania: .....

Nr telefonu: .....

Adres mailowy: .....

**2. Dane opiekuna prawnego/faktycznego\* (\*jeśli dotyczy wypełnić i odpowiednio zaznaczyć):**

➤ **Opiekun**

Imię i nazwisko:.....

Adres zamieszkania:.....

PESEL: .....

Nr telefonu: .....

Adres mailowy: .....

**3. Wskazać rodzaj pobytu oraz przewidywany czas:**

Pobyt dzienny (max. w godz. 7-18) ( przewidywana ilość dni) .....

Pobyt krótkoterminowy (tj. dobowy, wakacyjny, wytchnieniowy) wskazać ilość dni  
.....

Pobyt długoterminowy wskazać okres .....

**4. Dodatkowe informacje:**

Należy wybrać i zaznaczyć jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta:

1) Czy pacjent jest ubezwłasnowolniony?

tak     nie

Jeżeli tak należy dołączyć kopię orzeczenia sądu ustanawiającego opiekuna prawnego  
w dniu przyjęcia z kompletem dokumentacji medycznej

2) Alergie:

tak – na co? .....

nie

3) Stopień samodzielności pacjenta:

a) Oddawanie moczu:

samodzielnie     przy pomocy    cewnik moczowy    pieluchomajtki

- b) Oddawanie stolca:  
 samodzielnie     przy pomocy     stomia     pieluchomajtki
- c) Odżywianie:  
 samodzielnie     przy pomocy     gastrostomia     założony zgłębnik  
 zaburzenia połykania
- d) Higiena ciała;  
 samodzielnie     przy pomocy
- e) Ubieranie:  
 samodzielnie     przy pomocy     nie ubiera się samodzielnie
- f) Przemieszczanie:  
 samodzielnie     wymaga pomocy lub asekuracji     nie porusza się samodzielnie  
 używa sprzęt ortopedyczny:  chodzik,  laska,  balkonik,  kule,  wózek inwalidzki
- g) Rany przewlekłe:  
 nie  
 odleżyny - umiejscowione  
.....  
.....  
 owrzodzenia podudzi  
 stopa cukrzycowa  
 inne.....
- h) Aparat słuchowy:  
 tak     nie
- i) Okulary:  
 tak     nie
- j) Protezy zębowe:  
 tak     nie

5. Wyrażam zgodę na zgłoszenie mnie do lekarza oraz pielęgniarki POZ w Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej  
 tak     nie

6. Wyrażam zgodę aby pacjent z Zakładu/Oddziału Pielęgnacyjno-Opiekuńczym był odbierany przez\*\*:

1) .....  
(imię i nazwisko, telefon kontaktowy)

2) .....  
(imię i nazwisko, telefon kontaktowy)

\*\*wypełnić jeśli inna osoba niż wskazana w pkt. 2

7. Wyrażam zgodę na fotografowanie i filmowanie podczas zajęć, uroczystości oraz umieszczanie wizerunku na materiałach Zakładu/Oddziału oraz na stronie internetowej.  
 tak     nie
8. Oświadczam, że podane powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym na dzień składania oświadczenia.

.....

Data i podpis pacjenta i/lub opiekuna

**Wniosek można składać w jednej z poniższych form:**

- 1) mailowo skan na adres: [sekretariat@szpitalbystra.pl](mailto:sekretariat@szpitalbystra.pl)
- 2) e-PUAP adres: /CPiT\_Bystra/SkrytkaESP
- 3) e-Doręczenia adres: AE:PL-82109-61977-EJVEG-23
- 4) pocztą tradycyjną/kurierem na adres: Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej ul. J. Fałata 2, 43-360 Bystra
- 5) osobiście do sekretariatu Dyrektora Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej ul. J. Fałata 2, 43-360 Bystra

## Część 2

<b>Wypełnia Pracownik CPIT w Bystrej</b>	
Data przyjęcia pacjenta do ZPO:	
Data odmowy przyjęcia (należy wskazać przyczynę)	

.....  
Data i podpis Kierownika lub Zastępcy

## Część 3

<b>Wypełnia Pracownik CPIT w Bystrej</b>	
Data wypisania/opuszczenia przez pacjenta ZPO	
Przyczyna:	

.....  
Data i podpis Kierownika lub Zastępcy