

**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 oraz datę pobytu)
.....
- ☐ Pobyt krótkoterminowy (tj. dobowy, wakacyjny, wytchnienia) wskazać ilość dni oraz datę pobytu
.....
- ☐ Pobyt długoterminowy wskazać datę pobytu
.....

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/Oddziale 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 filmowania 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
- 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

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

.....
Data i podpis Kierownika lub Zastępcy

Część 3

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

.....
Data i podpis Kierownika lub Zastępcy