

Ankieta wstępnej kwalifikacji na pobyt dzieci i osób niesamodzielnych w ramach całodobowej opieki wytchnieniowej

Składający niniejszą ankietę wyraża chęć skorzystania z oferty całodobowej opieki wytchnieniowej w Szpitalu Rehabilitacyjnym Hematologicznym „Orlik” w Kudowie-Zdroju, przygotowanej przez Fundację Rozwoju i Dziedzictwa Kulturowego Małej Ojczyzny - Suweren na mocy porozumienia zawartego z Sanatoriami Dolnośląskimi sp. z o.o. Oferta dotyczy **przerwy wytchnieniowej dla rodziców lub opiekunów dzieci niesamodzielnych**. W ramach przerwy wytchnieniowej, dla rodziców lub opiekunów, niesamodzielne dzieci otrzymają kompleksową usługę: wyżywienie i nocleg, świadczenia pielęgniarstwa i opiekuńcze, wsparcie rehabilitacyjne, fizjoterapeutyczne, psychologiczne oraz opiekę lekarską, możliwość uczestniczenia w różnych zajęciach z zakresu terapii zajęciowej. Ważnym elementem terapeutycznym będzie możliwość integracji z grupą rówieśników, a także w zależności od stopnia niepełnosprawności uczestniczenia we wspólnych wycieczkach terenowych. Z uwagi na możliwy, złożony charakter schorzeń przyjmowanych osób oraz różny stopień niepełnosprawności, przewiduje się możliwość wspólnego pobytu dziecka i rodzica lub opiekuna.

I. DANE ŚWIADCZENIOBIORCÓW (z opieki mogą korzystać jedynie osoby zamieszkałe na terenie Dolnego Śląska)

Nazwisko i imię rodzica lub opiekuna zgłaszającego

nr tel. adres e-mail:

Nazwisko i imię osoby kierowanej na pobyt numer PESEL

Adres zamieszkania:
(ulica, nr domu i mieszkania) (kod pocztowy) (miejscowość)

Pobyt z opiekunem*: ☐ TAK ☐ NIE (jeżeli zaznaczono TAK, proszę poniżej podać dane osoby)

1. Nazwisko i imię rodzica lub opiekuna numer PESEL

Adres zamieszkania:
(ulica, nr domu i mieszkania) (kod pocztowy) (miejscowość)

nr tel. adres e-mail:

2. Nazwisko i imię rodzica lub opiekuna numer PESEL

Adres zamieszkania:
(ulica, nr domu i mieszkania) (kod pocztowy) (miejscowość)

nr tel. adres e-mail:

II. WYWIAD (rodzaj schorzenia/celowość pobytu, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

III. INFORMACJE DODATKOWE

1. Zdolność do samoobsługi*: ☐ TAK ☐ NIE

2. Ocena sprawności ruchowej*: ☐ samodzielnie poruszający się ☐ poruszający się przy pomocy:

(określić rodzaj niezbędnej pomocy np. wózek inwalidzki)

3. Choroby współistniejące (jeżeli dotyczy):

.....

.....

4. Uzasadnienie skierowania na pobyt w ramach całodobowej opieki wytchnieniowej:

.....

5. Osoba kierowana na pobyt posiada orzeczenie o niepełnosprawności*: ☐ TAK ☐ NIE

W przypadku posiadania orzeczenia o niepełnosprawności należy do ankiety dołączyć jego kopię.

6. Czy osoba kierowana na pobyt jest pod opieką:

a) Psychologa ☐ TAK ☐ NIE

b) Psychiatry ☐ TAK ☐ NIE

c) Neurologa ☐ TAK ☐ NIE

7. Czy osoba kierowana zażywa leki: ☐ TAK ☐ NIE

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” należy zapewnić osobie kierowanej odpowiedni zapas leków na cały pobyt.

8. Czy dziecko uczęszcza do szkoły: ☐ TAK ☐ NIE

Proszę podać rodzaj szkoły, klasa:

9. Proponowana ilość dni pobytu: Proponowany termin pobytu (miesiąc/miesiące):

Minimalny czas pobytu to 4 dni, maksymalny to 21 dni. Czas i terminy pobytów będą ustalane na podstawie dostępności miejsc.

10. Inne istotne informacje/uwagi rodzica/opiekuna :

.....

.....

.....

.....

.....

data.....

(podpis rodzica/opiekuna)

IV. OCENA CELOWOŚCI SKIEROWANIA NA POBYT W RAMACH CAŁODOBOWEJ OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ (wypełnia lekarz prowadzący)

1. Pobyt w ramach całodobowej opieki wytchnieniowej* : ☐ WSKAZANE ☐ PRZECIWWSKAZANE ☐ BRAK WSKAZAŃ

2. Potwierdzam, że informacje podane przez rodzica w części II i III są poprawne*: ☐ TAK ☐ NIE

3. Ewentualne uwagi:

.....

data.....

(podpis i pieczęć lekarza prowadzącego)

*zaznaczyć „X” w odpowiednim polu

Kopię wypełnionej ankiety należy przesłać na adres: opieka-wytchnieniowa@sanatoria-dolnoslaskie.pl

Informacje i kontakt: www.sanatoria-dolnoslaskie.pl/opieka-wytchnieniowa, tel. 74 86 632 62; tel. 459 59 00 20