

## **KARTA SENIORA do umowy**

### **1. Dane identyfikacyjne:**

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Wykształcenie: .....

Stan cywilny: .....

Adres zameldowania: .....

Nr dowodu osobistego: .....

### **2. Dane opiekunów (osób do kontaktu):**

opiekun I

Imię i nazwisko: .....

Stopień pokrewieństwa: .....

PESEL: .....

Telefon kontaktowy: .....

e-mail: .....

opiekun II

Imię i nazwisko: .....

Stopień pokrewieństwa: .....

PESEL: .....

Telefon kontaktowy: .....

e-mail: .....

opiekun III

Imię i nazwisko: .....

Stopień pokrewieństwa: .....

PESEL: .....

Telefon kontaktowy: .....

e-mail: .....

opiekun IV

Imię i nazwisko: .....

Stopień pokrewieństwa: .....

PESEL: .....

Telefon kontaktowy: .....

e-mail: .....

**3. Przewidywany czas pobytu:**

- określony
- nieokreślony

**Cel pobytu:**

- opieka
- pobyt na stałe
- pobyt przejściowy (oczekiwanie na ZOL, DPS)
- inne, .....

**5. Upoważnienie:**

Wyrażam zgodę, aby .....(imię i nazwisko pensjonariusza) z Domu Seniora Nad Stawem był odbierany przez:

- .....  
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, telefon kontaktowy)
- .....  
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, telefon kontaktowy)
- .....  
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, telefon kontaktowy)

6. Czy pensjonariusz jest ubezwłasnowolniony? nie tak

7. Wyrażam zgodę na fotografowanie i filmowanie pensjonariusza podczas zajęć, uroczystości oraz umieszczanie materiałów na stronie i internetowej Domu Seniora Nad Stawem- nie tak

8. Uczulenia: nie tak, - na co? .....

**9. Stopień samodzielności pensjonariusza:**

- Trzymanie moczu
- bez zaburzeń
- nietrzymanie
- Trzymanie stolca
- bez zaburzeń
- nietrzymanie
- Cewnik w pęcherzu moczowym
- tak
- nie
- Jedzenie
- jest karmiony
- je samodzielnie
- Ubieranie się
- nie ubiera się samodzielnie



**11. Dane firmy pogrzebowej, którą należy zawiadomić w razie śmierci podopiecznego: nazwa firmy:**

..... telefon:  
.....

**12. Uwagi:** .....

.....  
.....  
.....  
.....

*Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym na dzień składania oświadczenia.*

..... lub .....

*podpis opiekuna*

*podpis pacjenta*

*Janowo, .....*