

MEDYCZNE DOMY OPIEKI I REHABILITACJI

SILVER-HOME SP.Z.O.O NIP 895 218 1622 KAPITAŁ SPÓŁKI 4.600.000

ROK ZAŁOŻENIA 2018

adres spółki ul.Jagodowa 45 33-300 Nowy Sącz

KARTA IDENTYFIKACYJNA PENSJONARIUSZA

Nazwisko i imię :	Pesel:		
Data urodzenia :	Numer dowodu osobistego	Kraj :	
Obecny adres zamieszkania :			
Miasto:	Województwo:		
Telefon:		Wiek :	
Stan zdrowia :			

INFORMACJA O RODZINIE-OPIEKUNIE OBECNYM – PŁATNIKU ZA POBYT

Imię : nazwisko :		
Adres zamieszkania:		Pokrewieństwo:
		Opiekun:
		Kierujący:
Telefon:	E-mail:	Dodatkowy kontakt
Wymagania pobytu pensjonariusza: /zaznaczyć/	Pokój jednosobowy z łazienką	Pokój dwuosobowy z łazienką
Zainteresowania pensjonariusza:	Hobby:	
Zalecenia lekarskie : dołączyć również kartę badan/		
Zalecenia dotyczące wyżywienia:		
Inne wymagania :		
Koszty pobytu pokrywane co miesiąc przez opiekuna , rodzinę,inne :		
Zabezpieczenie systematycznej płatności : propozycja:		
Odbiór pensjonariusza adres:	akceptacja warunków informacyjnych polityki bezpieczeństwa przechowywania i administrowania danymi RODO/zał/ czytelny podpis:	

DANE INFORMACYJNE – KONTAKT DO LEKARZA, PLACÓWKI MEDYCZNEJ PROWADZĄCEJ DOTYCHCZAS PENSJONARIUSZA

Imię I nazwisko lekarza:	Adres placówki medycznej
Kontakt – telefon :	Email:

INFORMACJA O ZAKWALIFIKOWANIU PENSJONARIUSZA NA POBYT LUD ODMOWA

Zarejestrowano wniosek pod numerem		
Wskazanie lokalizacyjne pobytu:		
Ustalenie kosztów miesięcznych pobytu:		
Noclegi wyżywienie	Środki sanitarne I pielęgnacyjne	Lekarstwa/jeżeli wymagane/
Ubezpieczenie:		
Uwagi inne:		

Data i podpis Dyrektor ośrodka