



Załącznik nr 3 -ankieta kwalifikacyjna- **WYŁĄCZNIE DLA OSÓB, KTÓRE W FORMULARZU APLIKACYJNYM (ZAŁ. 1) ZAZNACZĄ POTRZEBĘ UDZIAŁU W TURNUSACH DZIENNYCH/CAŁODOBOWYCH W RAMACH OPIEKI WYRĘCZAJĄCEJ/WYTCHNIENIOWEJ – stanowiące załącznik nr 3**

1. DANE O SYTUACJI ŻYCIOWEJ OSOBY NIESAMODZIELNEJ

1. Stopień upośledzenia umysłowego:
2. Orzeczenie o niepełnosprawności: Tak / Nie* stopień:..... typ:
.....
3. Dotychczasowa edukacja: Tak / Nie*

4. Edukacja:

LP	RODZAJ SZKOŁY	ADRES	POZIOM ZAAWANSOWANIA

5. Osoby zamieszkujące we wspólnym gospodarstwie domowym:

LP	Imię i Nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Status zawodowy	Rodzaj dochodu
1				

6. Średni miesięczny dochód netto (na rękę) na jednego członka rodziny:..... zł

* zakreślić właściwą odpowiedź



7. **Status prawny Podopiecznego*:**

a) niepełnoletni w opiece rodzicielskiej

b) niepełnoletni w opiece zastępczej

c) inny.....

8. **Czy Podopieczny korzysta / korzystał z pomocy psychologicznej? TAK/NIE***

Jeśli tak, to w jakiej formie?

9. **Czy rodzina korzysta ze świadczeń pomocy społecznej ? TAK/NIE***

Jeśli TAK, to jakich?

Prosimy o podanie nazwy i adresu Ośrodka Pomocy Społecznej:

.....

10. **Inne informacje:**

a) Czy podopieczny korzysta z metod komunikacji alternatywnej? TAK / NIE*

Jeśli TAK, z jakiej metody ?

b) Jeżeli to możliwe prosimy o podanie kontaktu do placówki / logopedy/ specjalisty pod którego opieką pozostaje Pacjent w zakresie komunikacji alternatywnej

.....

3. DANE MEDYCZNE I REHABILITACYJNE

1. **Imię i nazwisko**

data ur./...../.....



2. Rozpoznanie:

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

3. Choroby współistniejące (uczulenia zmiany skórne itp.):

.....
.....

4. Istotne zabiegi medyczne i rehabilitacyjne:

Rok	Rodzaj zabiegu	Rok	Rodzaj zabiegu

5. Środki farmakologiczne regularnie podawane:

LP	Nazwa leku	Dawkowanie	LP	Nazwa	Dawkowanie

6. Dane dotyczące historii leczenia ortopedycznego (jeżeli było stosowane)

7. Dane dotyczące leczenia i zabiegów stomatologicznych (jeżeli było stosowane)





8. Występowanie nagłych ataków lub innego rodzaju dolegliwości: **TAK / NIE***

9. Dotychczasowe postępowanie w razie ataku epilepsji, pobudzenia psychoruchowego lub innej dolegliwości:

Rodzaj dolegliwości	Opis postępowania – środki farmakologiczne

10. Leki dodatkowe:

LP	Nazwa leku	Dawkowanie	LP	Nazwa	Dawkowanie

11. Rodzaj Diety:

a) kuchenna

b) przemysłowa (przez kogo przygotowywana)

Uwagi dot. żywienia:

12. Sposób odżywiania

a) fizjologicznie

b) sonda

c) gastrostomia



13. Wymagania dotyczące korzystania ze środków higieny osobistej (np. pieluchy, etc)

14. Korzystanie ze sprzętu ortopedycznego i wspomagającego:

.....

15. Dodatkowe dane, mogące mieć znaczenie dla procesu kwalifikacji:

1. DANE DOTYCZĄCE POBYTU W CENTRUM

Jestem zainteresowan/y udziałem mojego podopiecznego w turnusie:

- a) Dziennym (20 dni, od pn do pt, w godz. 8-18.00)
- b) Całodobowym (14 dni)
- c) Obydwoma formami

1. Preferowany termin pobytu podopiecznego w Centrum (prosimy o podanie 3 dogodnych, 14-dniowych terminów, w terminach od 1 do 14 lub 16 do 30 dnia miesiąca, lub/i okresu miesięcznego dla turnusu dziennego)

I. od do

II. od do

III. od do

2. Pobyt Podopiecznego w Centrum związany jest z:

- a) odpoczynkiem Opiekuna
- b) przyczynami medycznymi Opiekuna (zabieg, rehabilitacja, diagnostyka)



c) innymi czynnościami nie możliwymi do wykonania podczas obecności Podopiecznego w domu. Jakimi? (np. remont domu)

.....

5. OŚWIADCZENIA OPIEKUNA

a) Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego podopiecznego i moich zawartych w niniejszej karcie dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu kwalifikacji i statystycznych (zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997 o Ochronie Danych Osobowych Dz.U. nr 133 poz 883).

b) Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Centrum Opieki Wyręczającej dla Przewlekłe i Nieuleczalnie Chorych Dzieci im. Hanny Chrzanowskiej w Krakowie oraz treścią Umowy o świadczenie opieki przez Centrum i w razie pozytywnego zakwalifikowania Podopiecznego do przyjęcia zobowiązuję się przestrzegać postanowień w/w aktów.

c) Oświadczam, że najpóźniej na 3 dni przed przyjęciem Podopiecznego do Centrum przedłożę w formie skanu / faxu / oryginału przesłanego listownie – zaświadczenie o stabilnym stanie zdrowia Podopiecznego wystawione przez lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej lub innego lekarza prowadzącego.

d) Oświadczam, że dane zawarte w ankiecie są prawdziwe. Jednocześnie, oświadczam, że znane są mi postanowienia Regulaminu Centrum, zgodnie z którymi podanie nieprawdziwych, niepełnych, zmienionych, lub celowo wprowadzających w błąd informacji mogących mieć znaczenie dla prowadzenia procesu opieki lub kwalifikacji stanowi bezwzględną przesłankę odmowy przyjęcia podopiecznego pod opiekę Centrum, a w razie trwania opieki przesłankę do rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym, przy obciążeniu kosztami poniesionymi Opiekuna w całości.

e) Oświadczam, że osobiście lub wspólnie z najbliższymi członkami rodziny prowadzę codzienną opiekę nad Podopiecznym w domu.

f) Oświadczam, że znana jest mi forma prowadzenia opieki wyręczającej przez Centrum, które nie jest szpitalem, ani stacjonarnym hospicjum, a opieka wyręczająca ma charakter czasowy i nie wiąże się z prowadzeniem leczenia przyczynowego wobec schorzeń podstawowych.



.....

(podpis Opiekuna)

6. LISTA ZAŁĄCZNIKÓW

W celu przeprowadzenia dokładnego procesu kwalifikacji, a także dobrania efektywnych form opieki i zajęć dodatkowych dla Podopiecznego w czasie pobytu prosimy o przesłanie kopii następujących dokumentów (Jeżeli są Państwo w ich posiadaniu):

- a) Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności*
- b) Dokumenty poświadczające korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej (decyzja, zaświadczenie) *
- c) Odpisy postanowień Sądu (opieka zastępcza, ubezwłasnowolnienie, piecza zastępcza, adopcja) *
- d) Kopia dowodu osobistego Podopiecznego *
- e) Opinia psychologiczna o Podopiecznym *
- g) Inne dokumenty mogące mieć znaczenie dla procesu kwalifikacji.

Jakie?

* niepotrzebne skreślić

Jednostka kierująca:

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej z numerem region i



numerem umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia

Data:

SKIEROWANIE do Hospicjum Domowego dla Dzieci

Proszę o objęcie domową opieką paliatywną dziecka :

Imię i nazwisko:

PESEL (w razie braku data urodzenia):

Adres:

.....

Telefon:

Rozpoznanie:

ICD-10:

**Choroba dziecka ma charakter nieuleczalny oraz postępujący i zgodnie z
obecną wiedzą medyczną wyczerpano możliwości leczenia przyczynowego.**

Lekarz kierujący:

.....

Telefon:

pieczęć, podpis lekarza, data

Ordynator:

.....



Małopolskie Hospicjum dla Dzieci

ul. Odętowa 4
31-979 Kraków

Projekt: Rozszerzenie oferty usług
Centrum Wsparcia Opiekunów
Osób Niezależnych
Małopolskiego Hospicjum dla Dzieci w Krakowie

pieczęć, podpis ordynatora, data

UWAGI LEKARZA KIERUJĄCEGO:

.....
..

.....
..

.....
..