|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **FEJÉR MEGYEI SZENT GYÖRGY EGYETEMI OKTATÓ KÓRHÁZ**8001 Székesfehérvár, Seregélyesi út 3.Telefon: (22) 535-500/Fax: (22) 535-691Honlap: www.fmkorhaz.hu |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1901 |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Szervezeti egység neve**:**ÁPOLÁSI OSZTÁLY** | **Szervezeti egység azonosítója**: (OEP kód)**0701A2310** | **Iktatószám/év:** |

**3/A. sz. melléklet**

Térítési díj: Felvételkor: **6.000 Ft**

Az ellátás időtartamára: **3.000 Ft/nap (800 Ft/nap + 2.200 Ft/nap)**

…........................................................

**FELVÉTELI ADATLAP**

**Személyi adatok**

Beteg neve: …..............................................................................

Születési idő: …..............................................................................

TAJ száma: …..............................................................................

Családi állapot: …..............................................................................

Gyermekei száma: …..............................................................................

Lakcím: …..............................................................................

Legközelebbi hozzátartozó neve: …..............................................................................

 címe: …..............................................................................

 telefonszáma: …..............................................................................

Közös háztartásban élők neve: …..............................................................................

 …..............................................................................

 …..............................................................................

Rendszeres jövedelemének forrása: …..............................................................................

 összege: …..............................................................................

Utoljára mikor volt kórházban? (mettől-meddig) …..............................................................................

Jelenleg hol tartózkodik:

**Otthon Igen Nem**

**Kórházban, melyik osztályon?** …...............................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **FEJÉR MEGYEI SZENT GYÖRGY EGYETEMI OKTATÓ KÓRHÁZ**8001 Székesfehérvár, Seregélyesi út 3.Telefon: (22) 535-500/Fax: (22) 535-691Honlap: www.fmkorhaz.hu |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1901 |  | ÁPOLÁSI OSZTÁLY |  |

Térítési díj: Felvételkor: **6.000 Ft**

Az ellátás időtartamára: **3.000 Ft/nap (800 Ft/nap + 2.200 Ft/nap)**

…........................................................

Beteg egészségi állapota:

…......................................................................................................................................................................

…......................................................................................................................................................................

…......................................................................................................................................................................

…......................................................................................................................................................................

…......................................................................................................................................................................

…......................................................................................................................................................................

Ápolás igénye: fekvő:

 segítséggel mobilizálható

Étkezés: önállóan

Egyéb ápolási igények:

Állandó gyógyszerek:....................................................................................................................................................

…......................................................................................................................................................................

…......................................................................................................................................................................

Segédeszközök (például: inkontinens nadrág, járókeret, stb..)

…......................................................................................................................................................................

…......................................................................................................................................................................

dátum:............................................................

 …................................................................... ápolást kérő / hozzátartozó / eltartó aláírása

**Ha az adatlap beadása után a beteg állapotában változás történik, kérem, szíveskedjék jelezni az 535-552 telefonszámon.**