**Iktatószám/év: ….......20..……….**

FELVÉTELI ADATLAP

ÁPOLÁSI OSZTÁLY - SZÉKESFEHÉRVÁR

Térítési díj: felvételi díj: 6.000 Ft; napidíj: 6.000 Ft/nap (800 Ft/nap + 5.200 Ft/nap)

**SZEMÉLYI ADATOK**

|  |  |
| --- | --- |
| **Beteg neve:**  |  |
| **Lánykori név:** |  |
| **Születési hely, idő:**  |  |
| **TAJ szám:** |  |
| **Személyi igazolvány száma:** |  |
| **Bejelentett lakcím:**  |  |
| **Jelenlegi tartózkodási helye:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Legközelebbi hozzátartozó neve:** |  |
| **Hozzátartozói minőség:** |  |
| **Lakcím:**  |  |
| **Telefonszám:** |  |
| **E-mail cím:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Szerződéskötő neve:** |  |
| **Hozzátartozói minőség:** |  |
| **Lakcím:**  |  |
| **Személyi igazolvány száma:** |  |
| **Telefonszám:** |  |
| **E-mail cím:** |  |

|  |
| --- |
| **A beteg cselekvőképességet korlátozó- cselekvőképességet kizáró – gondnoksága esetén:** |
| Törvényes képviselő neve: |  |
| Bejelentett lakóhely címe:  |  |
| Telefonszáma:  |  |

**A BETEG EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁRA VONATKOZÓ ADATOK**

1. **Betegségei:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Allergia/gyógyszerérzékenység :**󠆐 󠆐󠆐nincs 󠆐van:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. **Állandó gyógyszerek:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Étrend**: 󠆐normál 󠆐diéta típusa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **COVID-19 elleni védőoltásban részesült-e**: 󠆐 󠆐nem 󠆐igen\*

\*Ha igen az oltás típusa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 󠆐1. oltás 󠆐2. oltás 󠆐3. oltás

1. **Szenved-e fogyatékosságban**: 󠆐nem 󠆐igen\*

\*Ha igen típusa: 󠆐látás 󠆐hallás 󠆐értelmi fogyatékosság

1. **Tudatállapot:** 󠆐tiszta 󠆐zavart 󠆐aluszékony
2. **Önellátási képesség: önállóan segítséggel teljes ellátással**
	* 1. étkezés: 󠆐 󠆐 󠆐
		2. mozgás: 󠆐 󠆐 󠆐
		3. testi higiénia 󠆐 󠆐 󠆐
3. **Segédeszközt használ – e a mozgáshoz:**󠆐󠆐nem 󠆐igen, típusa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Vizelet/széklet tartási probléma fenn áll-e:** 󠆐nem 󠆐igen\*

 \*Ha igen a jellege: 󠆐pelenkát visel 󠆐katétere van 󠆐sztóma

1. **Kötözést igénylő sebe van-e:** 󠆐nem 󠆐igen\*

\*Ha igen, hol és milyen kiterjedésű a seb:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

20\_\_ év \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hónap \_\_\_nap

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ápolást kérő / hozzátartozó / eltartó aláírása

Ha az adatlap beadása után a beteg állapotában változás történik, kérem, szíveskedjék jelezni az 06/22/535-552 telefonszámon

Egészségügyi dokumentáció része*(Hivatkozás: Térítési díj ellenében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások szabályzata)*