

KÉRJÜK, AZ ALÁBBI KÉRELMET SZÍVESKEDJENEK PONTOSAN KITÖLTENI; AZT A TÁMOGATÓ ÉS - HA ÁLLAPOTA MEGENGEDI, AKKOR - A BETEG IS ÍRJA ALÁ, MAJD A KITÖLTÖTT, ALÁÍRT KÉRELMET EMAIL-EN (SZKENNELVE), POSTÁN VAGY SZEMÉLYESEN JUTTASSÁK EL AZ INTÉZET SZÁMÁRA AZ ALÁBB MEGADOTT ELÉRHETŐSÉGEK VALAMELYIKÉRE

FELVÉTELI KÉRELEM ÉS ADATLAP
Ápolási Intézetbe történő felvételhez

iktatószám:

Hospit Egészségügyi Szolgáltató Kft.
4080 Hajdúnánás, Magyar u. 92.
telefon: 20/3675763 52/570-617
e-mail: hospit.apolasi.intezet@gmail.com



Beteg személyi adatai:						
név:						
születési név:						
anyja neve:						
születési hely és idő:						
lakcíme:						
személyi igazolvány sz.:						
TAJ szám:						
nyugdíj törzsszám:						
telefonszám:						
gondokság alatt áll-e?						
gondokság alá helyezési eljárás folyamatban van-e?						
Támogató személy adatai:						
támogatói minőség:	(aláhúzandó)	gyermek	testvér	házastárs	gondnok	egyéb: _____
név:						
születési név:						
anyja neve:						
születési hely és idő:						
lakcím:						
személyi igazolvány sz.:						
telefonszám:						
e-mail:						

FELVÉTEL KÉRT IDŐPONTJA:	2022. _____.
---------------------------------	---------------------

Beteg egészségi állapotára vonatkozó adatok ¹				
önellátásra képes?	igen, teljesen	igen, segítséggel	nem, de szobában mozgásképes	nem. (ágyban fekvő)
gyógyászati segédeszköz használatára szorul-e?	Nem	igen, megnevezése:		
fertőző betegségben szenvedett-e az elmúlt egy hónapban?	nem	igen, megnevezése:		
COVID-19 vírust fertőzésen átesett-e?	nem	igen, dátuma:		
COVID-19 védőoltást kapott-e?	nem	igen, dátuma:		
COVID-19 védettségi igazolvánnyal rendelkezik-e?	nem	igen, lejáratá:		
Orvosi diagnózis/a/i:				
Rendszeresen ill. jelenleg alkalmazott/felírt gyógyszerei:				
Speciális ellátási igény (pl. PEG szondatáplálás, stb.):				
Beteg testsúlya:				
Beteg házi orvosának neve, elérhetősége (tel.):				

Alulírott, ellátást kérő, ezennel kérem az Ápolási Intézetbe való felvételemet, a fenti időponttól kezdődően. (Alulírott, támogató (hozzátartozó, gondnok) ezennel kérem a fent megjelölt beteg ápolási intézetbe való felvételét, a fenti időponttól kezdődően.) Az ellátás feltételeit, a pénzügyi és egyéb kötelezettségek mértékét, feltételeit megismertem, az intézet által alkalmazott ápolási szerződés alapvető tartalmáról előzetesen tájékoztatást kaptam, valamint az intézet házirendjét teljeskörűen megismertem, azokat magamra illetően az ellátásra szoruló betegre nézve kötelezőnek ismerjük el, a bennük foglalt kötelezettségek teljesítését vállaljuk. Tudomásul veszem, hogy az intézet kizárólag az általa aláírandó külön 'befogadó nyilatkozat' kibocsátása esetén köteles az intézetbe történő befogadásra, az általa abban megjelölt időponttól kezdődően (amely a fent kért időponttól eltérhet), továbbá tudomásul veszem, hogy az ápolási jogviszony a beteg intézetbe történt szabályszerű felvételével kezdődik. Vállalom, hogy az ápolási szerződés megszűnése esetén az intézményt elhagyom, illetőleg gondoskodom az ápolott saját otthonába, a támogató otthonába vagy más intézetbe történő elszállításáról és befogadásáról.

Adatkezelési és adatátadási hozzájárulások:

Ezúton hozzájárulunk ahhoz, hogy a jelen kérelemben megadott személyes és különleges adatokat a Hospit Egészségügyi Szolgáltató Kft. ('Szolgáltató') a felvételi kérelem elbírálása érdekében, az ahhoz szükséges mértékben és ideig kezelje és tárolja, a vonatkozó jogszabályokban meghatározott módon. Ezennel kifejezetten hozzájárulunk ahhoz, hogy a beteg egészségügyi dokumentációját, korábbi leleteit, zárójelentéseit, egyéb egészségügyi adatait (pl. egészségügyi, mentális és pszichés státuszára, korábban vagy jelenleg is alkalmazott terápiáira, gyógyszerelésére, a rajta elvégzett egészségügyi beavatkozásokra vonatkozó információkat), a rá vonatkozó, orvosi titok tárgyát képező bármely adatot, a beteg házi orvosa, bármely kezelőorvosa, az őt korábban kezelő vagy ellátó bármely egészségügyi intézmény korlátozás nélkül a Szolgáltató rendelkezésére bocsássa, a Szolgáltató pedig az így megszerzett egészségügyi különleges adatokat a szolgáltatásával összefüggésben, kizárólag annak érdekében tárolja és kezelje, és azokat jogszabályban meghatározott ideig és módon őrizze.

Kelt: _____, 2022. _____ . hó ____².

Támogató³:

Ápoló⁴:

¹ a megfelelő válaszokat kérjük aláhúzni vagy bekarikázni; a szükséges információk beírandók

² az aláírás helye és időpontja kitöltendő

³ hozzátartozó, gondnok, vagy az ápoló javára eljáró más személy

⁴ az ápoló aláírása kizárólag akkor maradhat el, ha gondokság alatt áll, vagy egészségi állapota miatt aláírni egyáltalán nem képes