|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **FELVÉTELI KÉRELEM ÉS ADATLAP**  ÁPOLÁSI INTÉZETBE TÖRTÉNŐ FELVÉTELHEZ | 1. iktatószám: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hospit Egészségügyi Szolgáltató Kft.**  4080 Hajdúnánás, Magyar u. 92.  telefon: 06 20 3675763 06 52 570-617  e-mail: **hospit.apolasi.intezet@gmail.com** | **H** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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:** | **2024. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Beteg egészségi állapotára vonatkozó adatok[[1]](#footnote-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 vírusfertőzésen átesett-e? | | | | | nem | igen, dátuma: | |
| COVID-19 védőoltás(oka)t kapott-e? | | | | | nem | igen, dátuma/i: | |
| COVID-19 védettségi igazolvánnyal rendelkezik-e? | | | | | nem | igen | |
| Orvosi diagnózisa/i: | | | | |  | | |
| Rendszeresen ill. jelenleg alkalmazott/felírt gyógyszerei: | | | | |  | | |
| Speciális ellátási igény (pl. PEG szondatáplálás, stb.): | | | | |  | | |
| Beteg testsúlya: | | | | |  | | |
| Beteg háziorvosának 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 illetőleg 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 gondoskodok az ápolt 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, gyógyszerezésére, a rajta elvégzett egészségügyi beavatkozásokra vonatkozó információkat), a rá vonatkozó, orvosi titok tárgyát képező bármely adatot, a beteg háziorvosa, 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 2024. \_\_\_\_\_\_\_\_\_. hó \_\_\_\_[[2]](#footnote-2).**

**Ápolt[[3]](#footnote-3): Támogató[[4]](#footnote-4):**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. a megfelelő válaszokat kérjük aláhúzni vagy bekarikázni; a szükséges információk beírandók [↑](#footnote-ref-1)
2. az aláírás helye és időpontja kitöltendő [↑](#footnote-ref-2)
3. az ápolt aláírása akkor maradhat el, ha gondokság alatt áll, vagy egészségi állapota miatt aláírni egyáltalán nem képes [↑](#footnote-ref-3)
4. hozzátartozó, gondnok, vagy az ápolt javára eljáró más személy [↑](#footnote-ref-4)