



Ankieta wstępnej kwalifikacji dla uczestnika projektu:  
**„Wsparcie rodzin dotkniętych problemem niepełnosprawności dzieci  
w ośrodku „Orlik” w Kudowie-Zdroju”**

dla zadania:

Pobyt dzieci i osób niesamodzielnich w ramach całodobowej opieki wytchnieniowej.

**I. DANE ŚWIADCZENIOBIORCÓW** (z opieki mogą korzystać jedynie osoby zamieszkałe na terenie Dolnego Śląska)

Nazwisko i imię rodzica lub opiekuna zgłaszającego .....

nr tel. .... adres e-mail: .....

Nazwisko i imię osoby kierowanej na pobyt ..... numer PESEL.....

Adres zamieszkania: .....  
(ulica, nr domu i mieszkania) (kod pocztowy) (mięscowość)

**Pobyt z opiekunem\*:**  TAK  NIE (jeżeli zaznaczono TAK, proszę poniżej podać dane osoby/osób)

1. Nazwisko i imię rodzica lub opiekuna ..... numer PESEL.....

Adres zamieszkania: .....  
(ulica, nr domu i mieszkania) (kod pocztowy) (mięscowość)

nr tel. .... adres e-mail: .....

2. Nazwisko i imię rodzica lub opiekuna ..... numer PESEL.....

Adres zamieszkania: .....  
(ulica, nr domu i mieszkania) (kod pocztowy) (mięscowość)

nr tel. .... adres e-mail: .....

**II. WYWIAD** (rodzaj schorzenia/celowość pobytu, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie):

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

**III. INFORMACJE DODATKOWE**

1. Zdolność do samoobsługi\*:  TAK  NIE

2. Ocena sprawności ruchowej\*:  samodzielnie poruszający się  poruszający się przy pomocy:

(określić rodzaj niezbędnej pomocy np. wózek inwalidzki)

3. Choroby współistniejące (jeżeli dotyczy):

.....  
.....



4. Uzasadnienie skierowania na pobyt w ramach całodobowej opieki wytchnieniowej: .....

5. Osoba kierowana na pobyt posiada orzeczenie o niepełnosprawności\*:  TAK  NIE

W przypadku posiadania orzeczenia o niepełnosprawności należy do ankiety dołączyć jego kopię.

6. Czy osoba kierowana na pobyt jest pod opieką specjalisty\*:  TAK  NIE

Jeśli TAK to jakiego: .....

Jak często odbywają się konsultacje .....

7. Czy osoba kierowana zażywa leki\*:  TAK  NIE

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” należy zapewnić osobie kierowanej odpowiedni zapas leków na cały pobyt.

8. Czy dziecko uczęszcza do szkoły\*:  TAK  NIE

Proszę podać rodzaj szkoły, klasa: .....

9. Jak dziecko adaptuje się do zmian? .....

10. Proponowana ilość dni pobytu: ..... Proponowany termin pobytu (miesiąc/miesiące): .....

Minimalny czas pobytu to 4 dni, maksymalny to 21 dni. Czas i terminy pobytów będą ustalane na podstawie dostępności miejsc.

11. Czy rodzice/opiekunowie są w stanie osobiście dostarczyć dziecko na pobyt do Szpitala Rehabilitacyjnego Hematologicznego „Orlik” w Kudowie-Zdroju, ul. Bukowina 1, 57-350 Kudowa-Zdrój\*  TAK  NIE

12. Inne istotne informacje/uwagi rodzica/opiekuna : .....

data.....

(podpis rodzica/opiekuna)

#### IV. OCENA CELOWOŚCI SKIEROWANIA NA POBYT W RAMACH CAŁODOBOWEJ OPIEKI WYTCNIENIOWEJ (wypełnia lekarz prowadzący)

1. Pobyt w ramach całodobowej opieki wytchnieniowej\* :  WSKAZANE  PRZECIWWSKAZANE  BRAK WSKAZAŃ

2. Potwierdzam, że informacje podane przez rodzica w części II i III są poprawne\*:  TAK  NIE

3. Ewentualne uwagi: .....

data.....

(podpis i pieczęć lekarza prowadzącego)

\*zaznaczyć „X” w odpowiednim polu

#### UWAGA, WAŻNE

Kopię wypełnionej ankiety należy przesać na adres: [opieka-wytchnieniowa@sanatoria-dolnoslaskie.pl](mailto:opieka-wytchnieniowa@sanatoria-dolnoslaskie.pl), a oryginał przywieźć ze sobą do ośrodka.

**Warunkiem przyjęcia jest przedstawienie negatywnego testu na COVID-19 (nie starszy niż 4 dni),  
lub zaświadczenia przyjęcia 2 dawek szczepionki.**

Informacje i kontakt: [www.sanatoria-dolnoslaskie/opieka-wytchnieniowa](http://www.sanatoria-dolnoslaskie/opieka-wytchnieniowa), tel. 74 86 632 62; tel. 459 59 00 20