



Ankieta wstępnej kwalifikacji dla uczestnika projektu:

**„Wsparcie rodzin dotkniętych problemem niepełnosprawności dzieci w ośrodku „Orlik” w Kudowie-Zdroju”.**

Opieka prenatalna i poporodowa z zapewnieniem doradztwa oraz terapii dla rodziców i opiekunów oczekujących na narodziny dziecka z niepełnosprawnością, oraz rodziców i opiekunów po urodzeniu dziecka z niepełnosprawnością.

UWAGA. Pobyt ten nie zastępuje specjalistycznej opieki prenatalnej lub poporodowej i nie może być traktowany jako jej alternatywa.

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

Nazwisko i imię kobiety zgłaszającej się na pobyt: .....numer PESEL.....

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

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

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

Nazwisko i imię ..... numer PESEL.....

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

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

Jeżeli pobyt będzie po urodzeniu dziecka

Nazwisko i imię dziecka ..... numer PESEL.....

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

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

.....

.....

.....

.....

.....

**III. INFORMACJE DODATKOWE**

1. Czy ciąża jest zagrożona\*:  TAK  NIE  NIE DOTYCZY

2. Czy dziecko wymaga specjalistycznej opieki szpitalnej\*:  TAK  NIE  NIE DOTYCZY

3. Czy dziecko lub matka wymagają specjalistycznego sprzętu medycznego \*:  TAK  NIE

(jeśli TAK, określić rodzaj niezbędnego sprzętu, np. inkubator)

4. Czy dziecko lub matka wymagają specjalistycznej opieki medycznej \*:  TAK  NIE

(jeśli TAK, określić rodzaj niezbędnej opieki np. rodzaj lekarza specjalisty)



URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO



**DOLNY  
ŚLĄSK**

www.umwd.pl



5. Choroby współistniejące matki lub dziecka (jeżeli dotyczy):

.....  
.....

6. Uzasadnienie skierowania na pobyt:

.....  
.....

7. Czy kobieta ubiegająca się o pobyt jest pod opieką specjalisty\*:  TAK  NIE

Jeśli TAK to jakiego: .....

Jak często odbywają się konsultacje: .....

8. 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.

9. Czy kobieta/rodzice są w stanie samodzielnie przyjechać na pobyt do Szpitala Rehabilitacyjnego Hematologicznego „Orlik” w Kudowie-Zdroju, ul. Bukowina 1, 57-350 Kudowa-Zdrój\*  TAK  NIE

10. Inne istotne informacje/uwagi dotyczące rodziców: .....

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

data.....

(podpis rodzica)

---

#### IV. OCENA CELOWOŚCI SKIEROWANIA NA POBYT matki lub obojga rodziców oczekujących na narodziny dziecka z niepełnosprawnością, lub rodziców i opiekunów po urodzeniu dziecka z niepełnosprawnością (wypełnia lekarz prowadzący)

1. Pobyt w ramach całodobowej opieki prenatalnej lub poporodowej\*:  WSKAZANE  PRZECIWWSKAZANE  BRAK WSKAZAŃ

2. Czy ciąża lub zdrowie dziecka jest zagrożone\* :  TAK  NIE

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

4. Ewentualne uwagi: .....

.....  
.....

data.....

(podpis i pieczęć lekarza prowadzącego)

---

\* zaznaczyć „X” w odpowiednim polu

#### UWAGA, WAŻNE

Kopię wypełnionej ankiety należy przesłać 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.pl/opieka-wytchnieniowa](http://www.sanatoria-dolnoslaskie.pl/opieka-wytchnieniowa), tel. 74 86 632 62; tel. 459 59 00 20