



Ankieta wstępnej kwalifikacji dla uczestnika projektu:

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

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) (miejscowość) (powiat)

nr tel. adres e-mail:

Czy osoba była beneficjentem projektu w roku 2021?*: TAK NIE

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) (miejscowość) (powiat)

nr tel. adres e-mail:

Czy osoba była beneficjentem projektu w roku 2021?*: TAK NIE

Jeżeli pobyt będzie po urodzeniu dziecka

Nazwisko i imię dziecka numer PESEL

Adres zamieszkania:
(ulica, nr domu i mieszkania) (kod pocztowy) (miejscowość) (powiat)

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)



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 na rodzinę. 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:

.....
.....

11. Oświadczam, że jestem mieszkańcem województwa dolnośląskiego

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,
a oryginał przywieźć ze sobą do ośrodka.

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