



Zgromadzenie Sióstr Franciszkańek od Cierpiących

Dom Opieki św. Franciszka

02-702 WARSZAWA, ul. Zawrat 26, tel. 22 8436141, e-mail: domfranciszek26@gmail.com

NIP: 521-11-11-934, REGON: 040010183-00063

Rejestr placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku Wojewody Mazowieckiego numer 178

.....
(Miejscowość i data)

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do **Domu Opieki św. Franciszka**

Jednocześnie nadmieniam, że ze względu na stan zdrowia oraz niesprawność czynnościową, wymagam całodobowej opieki, której rodzina nie jest w stanie mi zapewnić.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielanie innych świadczeń zdrowotnych w Domu Opieki św. Franciszka.

.....
(podpis podopiecznego lub jego ustawowego opiekuna)

Imię i nazwisko Podopiecznego.....

PESEL

Adres (z kodem pocztowym).....

Imię i nazwisko opiekuna

Adres, telefon kontaktowy (ew. adres email)

.....



Zgromadzenie Sióstr Franciszkańek od Cierpiących Dom Opieki św. Franciszka

02-702 WARSZAWA, ul. Zawrat 26, tel. 22 8436141, e-mail: domfranciszek26@gmail.com
NIP: 521-11-11-934, REGON: 040010183-00063
Rejestr placówek zapewniających całodobową opiekę
osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku
Wojewody Mazowieckiego numer 178

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych dla pacjenta

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dom Opieki św. Franciszka, ul. Zawrat 26, 02-702 Warszawa, adres e-mail: nzoofranciszek@gmail.com, tel. 22 8436141
2. Inspektor ochrony danych adres e-mail: nzoofranciszek@gmail.com
3. Przetwarzanie danych osobowych pacjenta będzie się odbywać na podstawie art. 6pkt.1 RODO i w celu:
 - a. wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze; Administrator powołuje się na prawnie uzasadniony interes, wynikający z Ustawy o pomocy społecznej z dnia 12.03.2004 art.68a pkt.1.
4. **Podanie przez podopiecznego danych osobowych zawartych w kwestionariuszu osobowym jest wymogiem ustawowym i warunkiem zawarcia umowy o sprawowaniu opieki w Domu Opieki św. Franciszka. Brak podania danych osobowych i medycznych będzie skutkowało nieprzyjęciem pacjenta do Domu Opieki św. Franciszka.**
5. Dane osobowe zawarte w dokumentacji medycznej będą przechowywane przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym sporządzono ostatni wpis o udzielonych świadczeniach zdrowotnych.
4. Posiada Pani prawo: Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo do sprostowania, usunięcia (oprócz danych osobowych i medycznych pacjenta zebranych i przetwarzanych na podstawie art. 6 pkt.1 e, art. 9 pkt.2 h RODO), ograniczenia przetwarzania (oprócz danych osobowych i medycznych pacjenta zebranych i przetwarzanie na podstawie art. 6 pkt.1 e, art. 9 pkt.2 h RODO), prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (*jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, Prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych (oprócz danych osobowych i medycznych pacjenta zebranych i przetwarzanie na podstawie art. 6 pkt.1 e, art. 9 pkt.2 h RODO).
5. Ma Pani prawo wniesienia skargi do PUODO gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.
6. Informujemy, iż Pani dane osobowe nie będą przekazywane żadnym odbiorcom danych.
7. Pani dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

Zapoznałam się i w pełni rozumiem

Data.....

Czytelny podpis.....



Zgromadzenie Sióstr Franciszkanek od Cierpiących

Dom Opieki św. Franciszka

02-702 WARSZAWA, ul. Zawrat 26, tel. 22 8436141, e-mail: domfranciszek26@gmail.com

NIP: 521-11-11-934, REGON: 040010183-00063

Rejestr placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku Wojewody Mazowieckiego numer 178

Oświadczam, że zgodnie z przysługującym mi prawem wynikającym z Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2017r. poz. 1318 ze zm.)



UPOWAŻNIAM * do dostępu do informacji o moim stanie zdrowia następującą osobę:

(Imię i nazwisko).....

PESEL Telefon kontaktowy.....



NIE UPOWAŻNIAM żadnej osoby *

.....
Data i czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

*Zaznaczyć właściwe

Oświadczam, że zgodnie z przysługującym mi prawem wynikającym z Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2017r. poz. 1318 ze zm.)



UPOWAŻNIAM * do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń zdrowotnych następującą osobę:

(Imię i nazwisko).....

PESEL Telefon kontaktowy.....



NIE UPOWAŻNIAM żadnej osoby *

.....
Data i czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

*Zaznaczyć właściwe



Zgromadzenie Sióstr Franciszkanek od Cierpiących Dom Opieki św. Franciszka

02-702 WARSZAWA, ul. Zawrat 26, tel. 22 8436141, e-mail: domfranciszek26@gmail.com
NIP: 521-11-11-934, REGON: 040010183-00063
Rejestr placówek zapewniających całodobową opiekę
osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku
Wojewody Mazowieckiego numer 178

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych dla osoby upoważnionej

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Dom św. Franciszka, ul. Zawrat 26, 02-707 Warszawa, adres e-mail: nzo2franciszek@gmail.com, tel. 22 8436141
2. Inspektor ochrony danych adres e-mail: nzo2franciszek@gmail.com,
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu:
 - a. Obsługi upoważniania do dostępu informacji o stanie zdrowia osoby, która upoważniła Panią/Pana do dostępu do takich informacji (art. 6 ust.1 pkt. a);
 - b. Obsługi upoważnienia do dostępu do dokumentacji medycznej osoby, która upoważniła Panią/Pana do dostępu do tej dokumentacji (art. 6 ust.1 pkt. a);
6. Pani/Pana dane nie będą udostępniane podmiotom innym niż upoważnione na podstawie stosownych przepisów prawa.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z przepisami prawa dotyczącymi przechowywania dokumentacji medycznej.
9. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo do sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (*jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
10. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do PUODO gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.
11. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem uzyskania informacji dotyczącej kwalifikacji, ustalenia terminu przyjęcia do ZPO Dom św. Franciszka pacjenta, którego dokumenty zostały przez Pana/Panią złożone oraz do podpisania umowy o sprawowaniu opieki w ZPO Dom św. Franciszka. Jest Pani/Pan zobowiązana(-y) do ich podania, a konsekwencją niepodania będzie brak możliwości uzyskania kwalifikacji, ustalenia terminu przyjęcia pacjenta do ZPO oraz podpisania umowy o sprawowaniu opieki.
12. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.
- 13.

Zapoznałam/zapoznałem się i w pełni rozumiem

Data

Podpis



Zgromadzenie Sióstr Franciszkańek od Cierpiących

Dom Opieki św. Franciszka

02-702 WARSZAWA, ul. Zawrat 26, tel. 22 8436141, e-mail: domfranciszek26@gmail.com

NIP: 521-11-11-934, REGON: 040010183-00063

Rejestr placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku Wojewody Mazowieckiego numer 178

OCENA WG SKALI BARTHEL

Imię i nazwisko podpieczonego.....

Adres zamieszkania.....

PESEL

Lp.	Nazwa czynności	Wartość Punktowa
1.	Spożywanie posiłków 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 = samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie 0 = nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 = większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10 = mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 = samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0 = potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 = niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	Mycie i kąpiel całego ciała 0 = zależny 5 = niezależny lub pod prysznicem	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0 = nie porusza się lub < 50 m 5 = niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10 = spacer z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 = niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 = nie jest w stanie 5 = potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 = samodzielny	
8.	Ubieranie i rozbieranie się 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 = niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	
9.	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 = czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 = panuje, utrzymuje stolec	
10.	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 = czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 = panuje, utrzymuje moc	
	Wynik kwalifikacji	

.....
Podpis lekarza lub pielęgniarki