

FELVÉTELI KÉRELEM

szolgáltatásainak igénybe vételéhez



Dátum :

I. A SZOLGÁLTATÁST IGÉNYBE VEVŐ ADATAI

Neve : Születési neve :

Anyja neve : Személyi igazolvány száma :

Születési helye : Születési ideje :

Lakcíme :

Tartózkodási helye:

:

Értesítési címe :

Telefonszáma : Email címe:

Állampolgársága :

Társadalombiztosítási azonosító jele (TAJ):

Cselekvőképességre vonatkozó adat:

Cselekvőképes Korlátozottan cselekvőképes Cselekvőképtelen

II. HOZZÁTARTOZÓ VAGY TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ ADATAI

Neve : Születési neve :

Anyja neve: Személyi igazolvány száma :

Születési helye: Születési ideje :

Lakcíme :

Tartózkodási helye:

Értesítési címe:

Telefonszáma : Email címe :

FELVÉTELI KÉRELEM

szolgáltatásainak igénybevételéhez



III. A VÁLASZTANI KÍVÁNT SZOLGÁLTATÁS JELLEGE

Milyen időtartamra kéri a szolgáltatást biztosítását? Kérjük, válasszon egyet :

Határozott (az időtartam megjelölésével) : _____ Határozatlan

Szobatípus kiválasztása (kérjük, egyet jelöljön meg) :

Standard apartman Prémium apartman Deluxe apartman

IV. GONDOZÁSI IGÉNYEK

Speciális diéta : Igen Nem

Milyen speciális diétát igényel :

Pszichiai megbetegedés : Van Nincs

Ha van, kérem, részletezze :

Ön- és közveszélyes-e: Igen Nem

Szenvedélybetegség : Van Nincs

Ha van, kérem, :

részletezze

Fogyatékoság : Van Nincs

Ha van, kérem, részletezze :

FELVÉTELI KÉRELEM

szolgáltatásainak igénybevételéhez



Demencia : Van Nincs

Demencia foka :

A kérelem benyújtásakor szedett gyógyszerek és vitaminok felsorolása

A VÉGLEGES BEKÖLTÖZÉSHEZ AZ ALÁBBI DOKUMENTUMOK BECSATOLÁSA SZÜKSÉGES:

- 6 hónapnál nem régebbi **tüdőszűrő vagy mellkasröntgen lelet**
- A kezelőorvos vagy a háziorvos által aláírt **gyógyszerelő lap**
- A kezelőorvos vagy a háziorvos által kiállított **igazolás**, hogy egészségügyi állapotánál fogva leendő lakónk **alkalmas a közösségben való elhelyezésre**
Intézményünk orvosa igény esetén közreműködik az egészségi állapot felmérésében
- 2 hónapnál nem régebbi **pszichiátriai szakvélemény**
 - Intézményünk pszichiátere igény esetén közreműködik a szakvélemény elkészítésében
- 14 napnál nem régebbi, **negatív széklettenyésztés lelet**
 - Clostridium difficile fertőzés kimutatására vonatkozzon

Bármely felmerülő kérdés esetén várjuk szíves megkeresését az alábbi elérhetőségeken:

Rege Residence Szépkorúak Otthona
H-1021 Budapest I Pálos utca 2.
Mobil: +36 70 621 8350
Email: info@regeresidence.hu