



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 pobyt w Domu Opieki św. Franciszka oraz na udzielanie świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych 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 opiekuna (z kodem pocztowym), telefon kontaktowy oraz 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, przewlekłe 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: domfranciszek26@gmail.com, tel. 22 8436141
2. Inspektor ochrony danych adres e-mail: domfranciszek26k@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 w pełni rozumieć

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).....

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).....

Telefon kontaktowy.....

NIE UPOWAŻNIAM żadnej osoby *

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

*Zaznaczyć właściwe



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, przewlekłe 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 Dom Opieki św. Franciszka, ul. Zawrat 26, 02-707 Warszawa, adres e-mail: domfranciszek26k@gmail.com, tel. 22 8436141
2. Inspektor ochrony danych adres e-mail: domfranciszek26@gmail.com,
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu:
 - a. Obsługi upoważnienia 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 Domu Opieki św. Franciszka podopiecznego, którego dokumenty zostały przez Pana/Panią złożone oraz do podpisania umowy o sprawowaniu opieki w Domu Opieki św. Franciszka. Jest Pani/Pan zobowiązana(-y) do ich podania, a konsekwencją niepodania będzie brak możliwości uzyskania kwalifikacji, ustalenia terminu przyjęcia pacjenta do placówki oraz podpisania umowy o sprawowaniu opieki.
12. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

Zapoznałam/zapoznałem się i w pełni rozumiem

Data

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

SKIEROWANIE DO DOMU OPIEKI ŚW. FRANCISZKA W WARSZAWIE

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko podopiecznego

.....
Adres zamieszkania podopiecznego

.....
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....
Nr telefonu do kontaktu

.....
Numer PESEL podopiecznego, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące):

.....
Dotychczasowe leczenie:

.....
W załączeniu kopie wyników badań, wypisów ze szpitala.

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał podopieczny

- do Domu Opieki św. Franciszka w Warszawie

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis lekarza oraz pieczęć podmiotu leczniczego,



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

OCENA WG SKALI BARTHEL

Imię i nazwisko podopiecznego.....

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 = spaceruje 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 mocz | |
| Wynik kwalifikacji | | |

.....
 Podpis lekarza lub pielęgniarki



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

OŚWIADCZENIE

dotyczące zgody na złożenie dowodu osobistego
w depozycie Domu Opieki św. Franciszka

Nazwisko i imię podopiecznego

Numer i seria dowodu osobistego

Numer PESEL

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że wyrażam zgodę na przechowywanie mojego dowodu osobistego/dowodu osobistego podopiecznego (niepotrzebne skreślić) w depozycie Domu Opieki św. Franciszka.

Dom Opieki św. Franciszka zapewnia przechowywanie zgodnie z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych.

Oświadczam, że zostawałem/łam poinformowany/a, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Dom Opieki św. Franciszka,
2. Dane nie będą przekazywane odbiorcom danych w rozumieniu przepisów rozporządzenia ogólnego o ochronie danych osobowych, z zastrzeżeniem sytuacji, w której dane przekazane będą podwykonawcom administratora danych osobowych, wyłącznie w związku z realizacją celu przetwarzania danych osobowych,
3. Mam prawo do wglądu, sprostowania lub ograniczenia dostępu do moich danych osobowych,
4. Mam prawo wycofać moją zgodę
5. Dane osobowe będą przechowywane do momentu wycofania zgody na przetwarzanie danych,
6. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego w sytuacji podejrzenia, iż przetwarzanie danych realizowane jest z naruszeniem przepisów prawa,

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią upoważnienia.

.....
(Data i podpis Podopiecznego/Opiekuna prawnego/kuratora/pełnomocnika)

.....
(podpis Dyrektora)



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

Dom Opieki św. Franciszka

Ul. Zawrat 26

02-702 Warszawa

Placówka zapewniająca całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku.

Rejestr Wojewody Mazowieckiego poz. nr 178

UPOWAŻNIENIE

Niniejsze upoważnienie stanowi pełnomocnictwo udzielone Upoważnionemu przez Beneficjenta, do dokonywania wszelkich czynności prawnych i faktycznych związanych ze składaniem zleceń, zamawianiem i zakupem wyrobów medycznych i środków pomocniczych (pieluchomajtki, cewniki, worki na mocz) dla Beneficjenta, w tym do składania w imieniu Beneficjenta zamówień, podpisywania w jego imieniu dokumentów oraz odbioru Sprzętu.

Upoważniający:

| Imię i nazwisko | PESEL | PODPIS |
|-----------------|-------|--------|
| | | |

Opiekun prawny/kurator/pełnomocnik *)

| Imię i nazwisko | PESEL | PODPIS |
|-----------------|-------|--------|
| | | |

Upoważniony:

| Imię i nazwisko | PESEL | PODPIS |
|-----------------|-------|--------|
| | | |

Oświadczam, że zostawałem/lam poinformowany/a, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Dom Opieki św. Franciszka,
2. Dane nie będą przekazywane odbiorcom danych w rozumieniu przepisów rozporządzenia ogólnego o ochronie danych osobowych, z zastrzeżeniem sytuacji, w której dane przekazane będą podwykonawcom administratora danych osobowych, wyłącznie w związku z realizacją celu przetwarzania danych osobowych,
3. Mam prawo do wglądu, sprostowania lub ograniczenia dostępu do moich danych osobowych,
4. Mam prawo wycofać moją zgodę
5. Dane osobowe będą przechowywane do momentu wycofania zgody na przetwarzanie danych,
6. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego w sytuacji podejrzenia, iż przetwarzanie danych realizowane jest z naruszeniem przepisów prawa,
7. Oświadczam, iż jestem świadomy/a możliwości realizacji potwierdzonego zlecenia u dowolnie wybranego świadczeniodawcy posiadającego umowę z NFZ w rodzaju: zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi.

Oświadczam, że zapoznałem/lam się z treścią upoważnienia.

Miejscowość, data i podpis Beneficjenta (opiekuna prawnego/kuratora/pełnomocnika*)

*) niepotrzebne skreślić