

**KARTA KWALIFIKACYJNA**  
**DO DOMU OPIEKI „SENIOR MED”**

**DANE POTRZEBNE DO UMOWY:**

**Pensjonariusz**

Imię i Nazwisko .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania z kodem: .....

Dowód osobisty seria/ nr: ..... wydanym w dniu .....

przez.....

Ważny do .....

**Opiekun**

Imię i Nazwisko .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania z kodem: .....

Dowód osobisty seria/ nr: ..... wydanym w dniu .....

przez.....

Ważny do .....

Pokrewieństwo: .....

Telefon komórkowy: .....

Adres e-mailowy: .....

**Rodzaj pokoju: .....**

**Osoby upoważnione do otrzymywania danych wrażliwych**

1. Imię i Nazwisko .....

PESEL: .....

Dowód osobisty seria/ nr: .....

Pokrewieństwo: .....

Telefon komórkowy: .....

Adres e-mailowy: .....

2. Imię i Nazwisko .....
- PESEL: .....
- Dowód osobisty seria/ nr: .....
- Pokrewieństwo: .....
- Telefon komórkowy: .....
- Adres e-mailowy: .....
3. Imię i Nazwisko .....
- PESEL: .....
- Dowód osobisty seria/ nr: .....
- Pokrewieństwo: .....
- Telefon komórkowy: .....
- Adres e-mailowy: .....

#### **WYKAZ NIEZBĘDNYCH DOKUMENTÓW:**

1. Dokument tożsamości (Dowód osobisty, Paszport)
2. Aktualne informacje medyczne (informacje o stanie zdrowia, podstawowe badania lekarskie, karty informacyjne z pobytów w szpitalach , rodzaj przyjmowanych leków, dawkowanie, itp.)
3. Dokument poświadczający ubezpieczenie zdrowotne (legitymacja lub odcinek renty, emerytury)

#### **WYKAZ NIEZBĘDNYCH RZECZY OSOBISTYCH:**

1. Ubiór dzienny na zmianę
2. Wierzchnie okrycie letnie/zimowe – wg potrzeb
3. Zmiana bielizny osobistej
4. Zmiana bielizny nocnej
5. Szlafrok
6. Kaptcie
7. Ręczniki – małe 2 szt., duże – 2 szt.
8. Przybory toaletowe oraz do higieny osobistej (szczoteczka do zębów, pasta do zębów, przybory do golenia, grzebień lub szczotka do włosów, kosmetyki, itd.)
9. Lekarstwa w oryginalnych opakowaniach
10. Pampersy (jeśli są potrzebne)

#### **NUMER KONTA BANKOWEGO:**

SENIOR MED. Sp z o.o. Sp. K.

Bank Pekao SA

PL 25 1240 6159 1111 0010 7025 5082

NR SWIFT/BIC: PKOPPLPW



