

Cím: H-6754 Újszentiván, Kossuth u.15.
Tel: +36 70 3718469, +36 30 4226264,
E-mail: noelhotelr@gmail.com
Üzemeltető: NOEL HOTEL-R Szociális Szövetkezet,
Adószám: 25750874-1-06
Székhely: H-6754 Újszentiván, Kossuth u.15.

JELENTKEZÉSI FORMANYOMTATVÁNY tartós/átmeneti elhelyezésre

Jelentkező adatai										
Név:							Leánykori név:			
Születési hely, idő:										
Anyja neve:										
TAJ szám:										
Lakcím:										
Tartózkodási hely:										
Telefonszám:		Jelentkező:				Hozzá tartozó:				
Gondnokság alatt áll?		Igen: <input type="checkbox"/>				Nem: <input type="checkbox"/>				
Hozzá tartozó neve, e-mail címe:										
Elhelyezés időtartama:		Tartós (több, mint fél év) <input type="checkbox"/>				Átmeneti: minimum 2 hónap: <input type="checkbox"/>				
Elhelyezés rövid indoklása:										
Elhelyezés:		5 ágyas szoba: <input type="checkbox"/>			3 ágyas: <input type="checkbox"/>			2 ágyas: <input type="checkbox"/>		
Speciális ételmezés	Epés <input type="checkbox"/>	Sószegény <input type="checkbox"/>	Fehérje 30g <input type="checkbox"/>	cukros <input type="checkbox"/>	epés <input type="checkbox"/>	epés-cukros <input type="checkbox"/>	zsír-szegény <input type="checkbox"/>	hús nélküli <input type="checkbox"/>		
Laktózmentes: <input type="checkbox"/>		Gluténmentes <input type="checkbox"/>				Laktóz- és gluténmentes <input type="checkbox"/>				
Inkontinencia:		Önálló vizelet és székletürítés, biztonsági szempontból használt betét, vagy pelenka: <input type="checkbox"/>				Részlegesen önálló vizelet és székletürítés: szoba WC önálló használata, segítség szükséges az ürítéseket követő higiéniai feladatokban: <input type="checkbox"/>				
Egyéb megjegyzés, ha nem talált megfelelő kategóriát, kérem nyugodtan írja meg, mi az ami Önre jellemző:.....		Pelenka állandó használata, 24 órában:– <input type="checkbox"/>				Pelenka és /vagy betét éjszakai használata, segítség szükséges a felhelyezésben-levételben és higiéniai feladatokban: <input type="checkbox"/>				

Meghatalmazás:

Alulírott,.....születési hely, idő:

személyi igazolvány szám..... mint elhelyezésre jelentkezési lapot aláíró, ezen dokumentáció kitöltésével és elküldésével egyidejűleg meghatalmazom a NOEL HOTEL-R Szociális Szövetkezet vezetését, 6754 Újszentiván, Kossuth u. 15. Adószám: 25750874-1-06, illetve a NOEL Rehabilitációs Panzió egészségügyi és rehabilitációs csoportját, hogy személyes, egészségügyi adataimat és dokumentációm elektronikusán rögzítse és kezelje.

/A személyes adatait, az egészségügyi adatait az adatvédelmi (GDPR) előírások alapján kezeljük/

Általános Szerződési Feltételek:

Az Általános Szerződési Feltételek biztosítják az Ön, illetve a mi számunkra is a kölcsönösen rendezett viszonyt. Ezért kérjük, hogy jelentkezés előtt olvassa át a szerződés feltételeit. Adatkezelési szabályzatunk értelmében, adatait a GDPR előírásainak megfelelően kezeljük.

Jelentkezés:

Jelentkezés *írásban*, (e-mail), illetve személyesen a fenti *jelentkezési formanyomtatvány kitöltésével, a szükséges mellékletek csatolásával.*

Csatolandó mellékletek:

1. *Jelentkezési lap kitöltve, háziorvos által is kitöltve, jelentkező, háziorvos aláírásával*
2. *Gondnokság esetén határozat másolata*
3. *Amennyiben releváns, Szakértői vélemények (egészségügyi, pszichiátriai) másolatai*
4. *Legfontosabb egészségügyi események, kórházi zárójelentések, illetve az aktuális legfrissebb orvosi dokumentáció másolatai 2-5 év*
5. *Tüdőszűrő, és széklet bakteriológiai vizsgálat eredménye (másolatban)*
6. *HIV-, hepatitisz B, hepatitisz C és szifilisz vérvételi eredmény (másolatban)*
7. *Segédeszköz használatára vonatkozó szakorvosi javaslat másolata*

A jelentkezéseket követő 1-2 héten belül az egészségügyi és rehabilitációs team előgondozást végez a jelentkező tartózkodási helyén.

A beérkezett dokumentumok, és előgondozás alapján döntünk az elhelyezésről. Telefonon és írásban is értesítjük döntésünk eredményéről. Pozitív döntés esetén szolgáltatási szerződés megkötésére kerül sor.

A szolgáltatás lemondása:

A Jelentkező kötelezettséget vállal arra, hogy az általa megrendelt szolgáltatások esetleges lemondásáról, módosításáról vagy bármilyen egyéb változásról a *szolgáltatás kezdetét megelőzően írásban/ illetve telefonon* tájékoztatja a szolgáltatót.

Fizetési feltételek:

A szolgáltatások ellenértéke fizethető *készpénzzel és banki átutalással. Átutalási számla* kiállításánál az üzemeltető NOEL HOTEL-R Szociális Szövetkezet nem tartozik az ÁFA hatálya alá. Kérem, jelezze előre számla igényét!

Ügyfélfogadás:

Telefonos bejelentkezés: 30*4226264, 70*3718469 telefonszámon, illetve noelhotelr@gmail.com e-mail címen.

Jelentkező kijelenti, hogy az Általános Szerződési Feltételekben foglaltakat megismerte, azokat tudomásul vette.

Dátum:év.....hó.....nap

Jelentkező aláírása:.....

(törvényes képviselő aláírása)

Háziorvos tölti ki:**Egészségi állapotra vonatkozó:**

Kérem, sorolja fel, a kezelést már nem igénylő betegségek BNO kódját, évét, megnevezését!

	BNO kód:	Megállapítás éve	BNO megnevezése
Eset történet, előzmények az egészségi állapot (korábbi betegségek kódjai és megállapítás éve:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	(Külön íven is folytatható, amennyiben nem elegendő a hely)		

Műtéti beavatkozások kódjai és éve	WHO kód	Megállapítás éve	Műtét megnevezése
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Teljes prognózis*Részletes felsorolással, prognózissal: javuló, változatlan, romlik*

BNO kód	Megállapítás éve	BNO megnevezése	Prognózis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Szenvedélybetegségben szenved?

Igen: Nem:

Pszichiátriai betegségben szenved?

Igen: Nem:

Fogyatékoságban szenved-e?

Megnevezése:

Mértéke, típusa:

Dementiában szenved?

Igen: Nem:

Orvos aláírása, PH:

Dátum:.....

