



NOEL REHABILITÁCIÓS PANZIÓ

Cím: H-6754 Újszentiván, Kossuth u.15. Tel: +36 70/ 3718469, +36 20/ 4924345

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

szállás+ étkezés+rehabilitáció+ ápolás-szakápolás

Jelentkező adatai:									
Név:			Leánykori név:						
Születési hely, idő:									
Anyja neve:									
TAJ szám:									
Lakcím:									
Tartózkodási hely: lakcímmel egyezés esetén nem szükséges kitölteni)									
Telefonszám:		Jelentkező:			Hozzá tartozó telefonszám				
Gondnokság alatt áll-e?		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 6 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"/>	zsírszegény <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, Anyja neve:.....
személyi igazolvány szám..... mint elhelyezésre jelentkezési lapot aláíró, 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- és egészségügyi adataimat- és dokumentációmát elektronikusan rögzítse és kezelje.

Aláírás: Meghatalmazó:.....Meghatalmazott:



Tanú1:

Név:.....

Aláírás:.....

Lakcím:

Tanú2:

Név.....

Aláírás:.....

Lakcím:.....

/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 melléletek csatolásával.*

Csatolandó melléletek:

1. *Jelentkezési lap kitöltve, házi orvos által is kitöltve, jelentkező, házi orvos 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 bakterológiai 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 szerződés megkötésével egyidejűleg, 200 000 Ft egyszeri regisztrációs díj megfizetése szükséges.

Az elhelyezést, (leegyeztetett időpontot) megelőzően 10 nappal szükséges az első havi szolgáltatási szerződésben rögzített szolgáltatási díjat megfizetni (átutalás, vagy készpénzes kifizetés).

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. Lemondási feltételek: hely elfoglalása előtti lemondás esetén az egyszeri regisztrációs díjat nem áll módunkban visszatéríteni, természetesen ebben az esetben a szolgáltatási szerződés felbontására kerül sor. Szolgáltatási szerződésben kerül rögzítésre az elhelyezést követő felmondás további szabályai.

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: 20/4924345, 70/3718469 telefonszámon, illetve noelhotelr@gmail.com e-mail címen.

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

Jelentkező aláírása:.....

(törvényes képviselő aláírása)

Dátum: Év.....hó.....nap

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: (Külön íven is folytatható, amennyiben nem elegendő a hely)	<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"/>

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"/>

Szenvedélybetegségben szenved-e?	Igen: <input type="checkbox"/>	Nem: <input type="checkbox"/>
Pszichiátriai betegségben szenved-e?	Igen: <input type="checkbox"/>	Nem: <input type="checkbox"/>
Fogyatékoságban szenved-e?	Megnevezése:	Mértéke, típusa:
Dementiában szenved-e?	Igen: <input type="checkbox"/>	Nem: <input type="checkbox"/>
Orvos aláírása, PH:	<input type="text"/>	
: Dátum:.....	<input type="text"/>	

PÓTLAP Házorvos részére

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"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teljes prognózis	<i>Részletes felsorolással, prognózissal: javuló, változatlan, romlik</i>		
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"/>
Szenvedélybetegségben szenved-e?	Igen: <input type="checkbox"/>	Nem: <input type="checkbox"/>	
Pszichiátriai betegségben szenved-e?	Igen: <input type="checkbox"/>	Nem: <input type="checkbox"/>	
Fogyatékoságban szenved-e?	Magnevezése:		Mértéke, típusa:
Dementiában szenved-e?	Igen: <input type="checkbox"/>	Nem: <input type="checkbox"/>	
Orvos aláírása, PH:	<input type="text"/>		
Dátum:.....	<input type="text"/>		