



Centrum Medyczne Bonifratrów Sp. z o.o.  
- Dom Geriatryczno – Rehabilitacyjny Bonifratrów  
pw. NMP Królowej Pokoju  
ul. Sapieżyńska 3, 00-215 Warszawa

.....  
(Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie  
do Domu Geriatryczno – Rehabilitacyjnego Bonifratrów pw. NMP Królowej Pokoju

.....  
(aktualny adres zamieszkania)

.....  
(nr telefonu stacjonarnego, komórkowego)

.....  
(Imię i nazwisko pełnomocnika, opiekuna, kuratora osoby  
ubiegającej się o przyjęcie do Domu Geriatryczno – Rehabilitacyjnego Bonifratrów  
pw. NMP Królowej Pokoju

.....  
(Adres dla celów korespondencyjnych)

.....  
(nr telefonu stacjonarnego, komórkowego)

**Centrum Medyczne Bonifratrów Sp. z o.o.  
- Dom Geriatryczno – Rehabilitacyjny Bonifratrów  
pw. NMP Królowej Pokoju  
ul. Sapieżyńska 3, 00-215 Warszawa**

## **PODANIE**

Niniejszym zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie na pobyt czasowy/długotrwały\* do Domu Geriatryczno – Rehabilitacyjnego Bonifratrów pw. NMP Królowej Pokoju w Warszawie przy ulicy Sapieżyńskiej 3, prowadzonego przez Centrum Medyczne Bonifratrów Sp. z o.o.

Równocześnie zwracam się z prośbą o zawarcie ze mną umowy o pobyt oraz sprawowanie opieki i świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne.

Jednocześnie oświadczam, iż jestem/nie jestem\* osobą wierzącą wyznania ..... i w związku z powyższym proszę o zapewnienie/niezapewnienie\* mi opieki duchownego.

Deklaruję również wnoszenie opłat w formie wpłat na rzecz Domu Geriatryczno – Rehabilitacyjnego Bonifratrów pw. NMP Królowej Pokoju, prowadzonego przez Centrum Medyczne Bonifratrów Sp. z o.o.

Zobowiązuję się, że będę przestrzegać zasad pobytu w Domu Geriatryczno – Rehabilitacyjnym Bonifratrów pw. NMP Królowej Pokoju.

---

\* niepotrzebne skreślić



Centrum Medyczne Bonifratrów Sp. z o.o.  
- Dom Geriatryczno – Rehabilitacyjny Bonifratrów  
pw. NMP Królowej Pokoju  
ul. Sapieżyńska 3, 00-215 Warszawa

Informuję, że zapoznałem(am) się i akceptuję zapisy klauzuli informacyjnej o zasadach przetwarzania danych osobowych na zasadach określonych w Rozporządzeniu 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych zwane RODO) w zakresie niezbędnym do realizacji umowy i prowadzenia dokumentacji administracyjno-medycznej przez Centrum. Treść klauzuli obowiązku informacyjnego stanowi załącznik do niniejszego podania.

W załączeniu składam:

1. Dokumentację medyczną, dotyczącą stanu zdrowia i przebytych chorób (kserokopie) i zaświadczenie o stanie zdrowia od lekarza (w tym informacje o lekach).
2. Aktualny odcinek renty/emerytury\* lub inne poświadczenie dochodu.
3. Postanowienia sądu o ustanowienie Opiekuna/Kuratora\* - w sytuacji ustanowienia.

Data .....

Miejscowość.....

.....  
Podpis Pensjonariusza

.....  
Podpis Opiekuna



## Ankieta osobowa

1. Imię i Nazwisko.....
2. Data i miejsce urodzenia.....
3. Imiona rodziców .....
4. Aktualny adres zameldowania .....
5. Adres zamieszkania .....
6. Seria i nr dowodu osobistego .....
7. PESEL .....
8. Numer emerytury (renty) oraz oddział ZUS, z którego otrzymywane są świadczenia: .....
9. Jestem na zasiłku stałym nr .....
10. Jestem/nie jestem\* ubezpieczony przez ZUS .....
11. Numer książeczki inwalidy .....
12. Osoba/Opiekun, z którą pozostaję w stałym kontakcie, a którą należy powiadomić w razie potrzeby jest:.....  
Imię i nazwisko, adres, numer telefonu stacjonarnego, telefonu komórkowego  
.....
13. Dane kuratora\* (w przypadku ubezwłasnowolnienia częściowego) lub kuratora (w przypadku ubezwłasnowolnienia całkowitego)  
.....
14. Stan rodzinny Osoby składającej ankietę (dane małżonka, rodzeństwa, dzieci, adresy, numery telefonów):  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



Centrum Medyczne Bonifratrów Sp. z o.o.  
- Dom Geriatryczno – Rehabilitacyjny Bonifratrów  
pw. NMP Królowej Pokoju  
ul. Sapieżyńska 3, 00-215 Warszawa

15. W przypadku zgonu proszę o powiadomienie niżej wymienionej

Osoby/Opiekuna, która dopełni niezbędnych formalności:

.....

16. Oświadczam, iż posiadam/nie posiadam\* grobowiec/miejsce w

grobowcu\* położonym w:

.....

Data .....

Miejscowość.....

.....  
Podpis Pensjonariusza

.....  
Podpis Opiekuna

---

\*niepotrzebne skreślić



Centrum Medyczne Bonifratrów Sp. z o.o.  
- Dom Geriatryczno – Rehabilitacyjny Bonifratrów  
pw. NMP Królowej Pokoju  
ul. Sapieżyńska 3, 00-215 Warszawa

## OŚWIADCZENIE PACJENTA LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

<b>Nazwisko i imię Pensjonariusza</b>	
Data i miejsce urodzenia /wiek w chwili przyjęcia	
Imiona rodziców	
Adres zamieszkania	
Pesel	
Seria i nr dowodu osobistego	
Do uzyskiwania wszelkich informacji (w rozumieniu art. 9 ust. 2 i 3 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i art. 31 i in. ustawy z dn. 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry) o moim stanie zdrowia, również na wypadek mojej śmierci, od placówek służby zdrowia oraz od osób świadczących pomoc medyczną upoważniam/nie upoważniam*: *niepotrzebne skreślić	
<b>Nazwisko i imię / pokrewieństwo</b>	
Pesel	
Seria i nr dowodu osobistego	
Adres zamieszkania	
Nr telefonu	
Adres e-mail	
Do dostępu (w tym wglądu do oryginałów, uzyskania kopii, odpisów i wypisów) do dotyczącej mnie dokumentacji medycznej (w rozumieniu art. 26 ust. 1 i 2 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) upoważniam/nie upoważniam*: *niepotrzebne skreślić	
<b>Nazwisko i imię / pokrewieństwo</b>	
Pesel	
Seria i nr dowodu osobistego	
Adres zamieszkania	
Nr telefonu	
Adres e-mail	
Wyrażam zgodę na udzielanie mi świadczeń opisanych w art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty oraz w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej a także na uczestniczenie w nich osób wymienionych w art. 22 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta.	

.....  
Miejscowość

.....  
Data i podpis



## KARTA OCENY SPRAWNOŚCI OPARTA NA SKALI BARTHEL

(wypełnia lekarz lub pielęgniarka)

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia (wiek): .....

Lp.	Czynność	Wynik	Uwagi
1	<b>Spożywanie posiłków:</b> 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 - samodzielny, niezależny		
2	<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b> 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	<b>Utrzymywanie higieny osobistej:</b> 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)		
4	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się		
5	<b>Mycie, kąpiel całego ciała:</b> 0 - zależny 5 - niezależny lub pod prysznicem		
6	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b> 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	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b> 0 - nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 - samodzielny		
8	<b>Ubieranie się i rozbieranie:</b> 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.		
9	<b>Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu:</b> 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje stolec		
10	<b>Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego:</b> 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje moc		
<b>WYNIK KWALIFIKACJI</b>			

.....

Data i podpis



## **Kluczula obowiązku informacyjnego (DGR)**

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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych zwane dalej RODO) informuje się, że:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Centrum Medyczne Bonifratrów sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie 00-215 Warszawa , przy ul. Sapieżyńskiej 3, reprezentowane przez Zarząd CMB,
- 2) z Inspektorem Ochrony Danych w CMB można się kontaktować pisząc na e-mail: [iod@bonifratrzy.warszawa.pl](mailto:iod@bonifratrzy.warszawa.pl)
- 3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) i lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit. h) RODO, tj. w celu zapewnienia usług opiekuńczo-bytowych oraz opieki zdrowotnej, co wynika z ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej, ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. laboratorium zewnętrznym, podwykonawcą w zakresie świadczenia usług opiekuńczych i zdrowotnych, kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem itp.);
- 5) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

### **Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informuje się, że:**

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, jak również przez okres obowiązywania umowy o świadczenie usług opiekuńczo - bytowych,
- 2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych, jeżeli podstawą ich przetwarzania była zgoda, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie odmowa zawarcia umowy lub jej realizacji, a także udzielenia świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej ;
- 4) Pana/Pani dane osobowe nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji lub profilowaniu.