



POLSKA BAZA
PLACÓWEK OPIEKI

KARTA PLACÓWKI OPIEKUŃCZEJ

Nazwa placówki:

Adres:

Dyrektor:

Placówka dla:

kobiet, mężczyzn, dzieci

Pobyt:

Krótkoterminowy, długoterminowy

Placówka dla:

osób starszych, somatycznie chorych,
niepełnosprawnych intelektualnie, niepełnosprawnych fizycznie,
psychicznie chorych,

Tylko dla sprawnych umysłowo:

tak, nie

Specjalizacja w schorzeniach:

Placówka nie przyjmuje osób:

Kwalifikacje osoby prowadzącej placówkę:

Sposób rejestracji placówki:

NZOZ, ZOL, DPS, wpis do rej. Wojewody, pensjonat

Umowa z NFZ:

tak, nie

Wielkość domu:

dom dla.....osób

Ilość kondygnacji:**Kompleks budynków:**

tak, nie

Udogodnienia dla osób niepełnosprawnych:

tak (całkowity brak barier), częściowo, nie

Winda:

tak, nie

Pokoje:

1, 2, 3, 4, 5, 6

Apartamenty:

Tak, nie

Pokoje gościnne dla rodzin:

tak, nie

Wyposażenie pokoi:

instalacja przywoławcza, telewizor, radio, telefon, własne meble

Wyżywienie:**Warunki sanitarne:**

pokoje z łazienkami, pokoje z WC, pokoje z umywalkami,
łazienki wspólne

Warunki bytowe:

Jadalnia, osobny pokój dzienny, biblioteka, gabinet zabiegowy,
pracownia terapii zajęciowej, sala rehabilitacyjna

Teren wokół domu:

Taras, ogród, park, las woda

Lokalizacja domu:

Centrum, peryferia, wieś

Usytuowanie domu:

Segment, wolnostojący, kompleks budynków

Dodatkowe informacje o obiekcie:

Opieka lekarska:

Lekarz specjalizacji:.....

....razy w tygodniu

Opieka pielęgniarska:

w dzień - pielęgniarek:....., opiekunek:.....

w nocy - pielęgniarek:....., opiekunek:.....

Rehabilitacja w placówce:

Tak, nie

Rodzaje rehabilitacji:**Sprzęt rehabilitacyjny:****Terapia zajęciowa:**

Tak, nie

Rodzaje terapii:**Rodzaj odpłatności:**

pełna odpłatność, 70% świadczeń

Minimalny miesięczny koszt pobytu :

..... zł/miesiąc

Koszt pobytu w pokoju:

1-osobowym:..... zł/mc

2-osobowym:.....zł/mc

W ramach opłaty za pobyt:

Leki, pieluchy, lekarz, rehabilitacja

Dodatkowe płatności:**Uwagi:**