ΣΟΥΡΛΙΓΚΕΙΟΝ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΝΑΛΙΩΝ
Κανάλια Μαγνησίας ΤΚ 38500 Τηλέφωνο 2428074042 / 6973000755
email: sourligeioidruma@gmail.com

Αρ. Πρωτ.

Ημερ: / /

Ημερ. Εισαγωγής: / /

Προς

ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΗΣ Μ.Φ.Η

ΣΟΥΡΛΙΓΚΕΙΟΝ ΙΔΡΥΜΑ

ΚΑΝΑΛΙΩΝ

ΑΙΤΗΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

Επώνυμο:.....

Όνομα:.....

Πατρώνυμο:.....

Έτος γεννήσεως:.....

Μόνιμη κατοικία:

Πόλη:.....

Οδός:.....

Α.Δ.Τ:.....

ΑΦΜ:.....

ΑΜΚΑ:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

Παρακαλώ να εγκρίνετε την εισαγωγή μου στο Σουρλίγκειον Ίδρυμα Καναλίων. Δηλώνω υπεύθυνα ότι είμαι συνταξιούχος στον ασφαλιστικό φορέα..... με Αριθμό Μητρώου…… και η μηνιαία σύνταξή είναι..... ευρώ.

Θα καταβάλλω στο Ίδρυμα το ποσό των .....ευρώ μηνιαίως.

Ο/Η ΑΙΤ.....

ΔΕΛΤΙΟ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

- ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :
- ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : ΗΛΙΚΙΑ :

- ΑΜΚΑ :
- Ονοματεπώνυμο υπεύθυνου συγγενούς/συνοδού :

- Αριθμός τηλεφώνων (σταθερό και κινητό) συνοδού :

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ (να αναγράφεται και η ημερομηνία):

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ (ημερομηνίες):

ΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗ ΦΑΡΜΑΚ. ΑΓΩΓΗ (αναγράφεται και η δοσολογία):

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ (Covid-19, γρίπης, άλλων)

ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΣΥΝΟΔΟ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΒΑΔΙΣΗΣ / ΣΙΤΙΣΗΣ/ ΥΠΑΡΞΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ

ΤΥΧΟΝ ΛΟΙΠΑ ΥΛΙΚΑ ΠΟΥ ΦΕΡΕΙ ΤΟ ΑΤΟΜΟ :

Ακουστικά

Τεχνητή οδοντοστοιχία

Γυαλιά

Αμαξίδιο / καροτσάκι / μπαστούνι / Υποστήριξη ‘’Π’’

Γυψονάρθηκας (να αναγράφεται η θέση κ ημερομηνία τοποθέτησης)

ΥΠΟΓΡΑΦΗ /ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΥΝΟΔΟΥ ΠΟΥ ΠΑΡΕΙΧΕ ΤΙΣ ΑΝΩΤΕΡΩ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ :

ΥΠΟΓΡΑΦΗ / ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗΣ / ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΚΟ ΥΛΙΚΟ/ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ/ ΕΞΑΝΘΗΜΑΤΩΝ

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ο/η φιλοξενούμενος φέρει καθετήρες σημειώνεται η ημερομηνία εισαγωγής (εφόσον είναι γνωστή) και αν φέρει ουροκαθετήρα η τυχόν ποσότητα ούρων στην εισαγωγή.

ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ / ΤΥΧΟΝ ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ

<u>ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ :</u>

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΥΓΓΕΝΗ ΓΙΑ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΠΤΩΣΕΩΝ
ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΥΓΓΕΝΗ ΓΙΑ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ
ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΥΓΓΕΝΗ ΓΙΑ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ
ΝΑΙ ΟΧΙ

Εγώ, ο/η ……., υπεύθυνη συγγενής για τη νοσηλεία του/της …….. στην κλινική, ενημερώθηκα για όλα τα ανωτέρω.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ και ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΥΓΓΕΝΗ

Ημερομηνία :

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

1. Φωτοαντίγραφο Αστυνομικού Δελτίου Ταυτότητας
2. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης
3. Φωτοτυπία βιβλιαρίου Υγείας και Πιστοποιητικό Εμβολιασμού
4. Εκκαθαριστικό εφορίας τρέχοντος έτους (Ε1), Ε9 και τριμηνιαίο ενημερωτικό σημείωμα ή απόκομμα σύνταξης
5. Εξετάσεις αίματος με ημερομηνία εντός ενός (1) μηνός από την εισαγωγή :
   Γενική αίματος, ουρία, κρεατινίνη, κάλιο, νάτριο, μαγνήσιο, SGOT, SGPT , Γgt, TSH, FT4, HbA1c, LDL, ολική χοληστερίνη, τριγλυκερίδια, σίδηρος, CRP, anti-HBs, anti-HCV, antiHBS
   Και οποιαδήποτε άλλη εξέταση ζητηθεί από τη δομή μας, αναλόγως της περίπτωσης εισαγωγής.
6. Ακτινογραφία θώρακος γνωματευμένη εντός 6μήνου από την εισαγωγή
7. Καρδιολογική εκτίμηση με υπερηχογραφικό έλεγχο εντός 3μήνου από την εισαγωγή.
8. Εκτίμηση από νευρολόγο εντός 6μήνου από την εισαγωγή
9. Εκτίμηση από ψυχίατρο εντός 6μήνου από την ειαγωγή
10. Δερματολογική γνωμάτευση από δερματολόγο ή παθολόγο ότι ο/η ενδιαφερόμενος δεν πάσχει από δερματολογικό νόσημα εντός μηνός από την εισαγωγή.
11. Ανάλογα με την εκάστοτε περίπτωση, μπορεί να ζητηθεί από το ιατρικό προσωπικό της δομής και γνωμάτευση από ιατρό άλλης ειδικότητας (πχ πνευμονολόγο, ορθοπεδικό, χειρουργό, γαστρεντερολόγο κ.α.)
12. Φαρμακευτική αγωγή
13. Υπεύθυνη Δήλωση ηλικιωμένου ή συγγενή με το γνήσιο της υπογραφής.

<u>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΓΓΕΝΩΝ – ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ Ή ΑΜΕΣΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΩΝ</u>

1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ.....

2. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ.....

ΕΓΚΡΙΝΕΤΑΙ Η ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ / ΤΗΣ

Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ Ο ΙΑΤΡΟΣ Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΠΡΟΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ /ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ

Παρακαλούμε η μηνιαία κατάθεση των τροφείων των ηλικιωμένων να πραγματοποιείται εντός του πρώτου 5ημέρου του τρέχοντος μήνα στον λογαριασμό τραπέζης του Ιδρύματος:

ALPHA BANK

ΣΟΥΡΛΙΓΚΕΙΟΝ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΝΑΛΙΩΝ

IBAN GR860 140 313 03130 0210 1010 740

EUROBANK

ΣΟΥΡΛΙΓΚΕΙΟΝ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΝΑΛΙΩΝ

IBAN GR650 260 190 00006 9020 0548 713

Αιτιολογία : για τροφεία ..(ονοματεπώνυμο ηλικιωμένου) **του μηνός.....2018.**

Για οποιαδήποτε επικοινωνία με το Ίδρυμα

ΣΟΥΡΛΙΓΚΕΙΟΝ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΝΑΛΙΩΝ

Κανάλια Μαγνησίας ΤΚ 38500

Τηλέφωνο: 2428074042

6973000755

email: sourligeioidruma@gmail.com

Κοινωνική Υπηρεσία

Κ. Καρτάλη με Γαζή, Πνευματικό Κέντρο Ιεράς Μητροπόλεως

Τηλέφωνο: 6987344870

email: kypiresia.si@gmail.com

Νοσηλευτική Υπηρεσία

Τηλέφωνο: 6987060114

Προϊστάμενη

Τηλέφωνο: 6977167150