

<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Insulina <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> kula łokciowa/pachowa 1 lub 2	
Stwierdzenie lub podejrzenie choroby nowotworowej <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak, kiedy: Umiejscowienie:	<input type="checkbox"/> balkonik <input type="checkbox"/> chodzik rehabilitacyjny <input type="checkbox"/> wózek inwalidzki	
Choroby układu nerwowego <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Padaczka <input type="checkbox"/> SM Inne:	Inne: <input type="checkbox"/> cewnik <input type="checkbox"/> stomia <input type="checkbox"/> rurka tracheo	<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/>
Deklaracja do POZ(naszego) TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Inny:	
Patogeny alarmowe: <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak, jaki:..... kiedy:.....	Uczulenia: <input type="checkbox"/> Nie, <input type="checkbox"/> Tak	

Ośrodek zastrzega sobie prawo nieprzyjęcia pensjonariusza w wypadku stanu zdrowia niezgodnego z przedstawionymi dokumentami.

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w Ankiecie Kwalifikacyjnej są prawdziwe.

Osoba wypełniająca ankietę:Data:.....

Osoba kwalifikująca:Data:.....

pobyt długoterminowy pobyt krótkoterminowy pobyt rehabilitacyjny pobyt hotelowy