**ЗАЯВКА НА ПОДБОР СПЕЦИАЛИСТА ПО УХОДУ**

|  |
| --- |
| **ФИО Заказчика услуг:** |
| **Моб. Телефон:**  **E-mail:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Информация о Клиенте | |
| 1 | ФИО лица, нуждающегося в уходе |  |
| 2 | Дата рождения |  |
| 3 | Адрес оказания услуг, код домофона (для стационара указывается наименование больницы, наименование отделения и номер палаты) |  |
| 4 | Домашний (мобильный) телефон лица, Нуждающегося в уходе |  |
| 5 | Кем Клиент приходится Заказчику |  |
| 6 | Планируемая Дата начала оказания услуг |  |
| 7 | Предполагаемый период оказания услуг |  |
| 8 | Предполагаемый график и планируемое время оказания услуг |  |
| 10 | ФИО дополнительного контактного лица Клиента и мобильный тлф, кем приходится и у которого должны быть дополнительно ключи от квартиры лица, нуждающегося в уходе. |  |
| 11 | Информация о диагнозе |  |
| 12 | Имеющиеся сопутствующие заболевания | Диабет, гипертония , артроз, артрит, нарушение памяти (деменция), нарушение зрения, слуха, двигательной активности, координации движения, недержание мочи, кала*(оставить только нужное, остальное вычеркнуть!).*Иное: |
| 13 | Наличие у подопечного стомы (гастро-, трахео, цисто-, колостомы), установленных катетеров, зондового кормления, наличие пролежней | Да/Нет(если Да, указать, что именно) |
| 14 | Наличие COVID-19 | Нет/Болеет в настоящее время/Есть температура/Перенес заболевание – дата мм,год) /Болеет кто-то из родственников, совместно проживающих с подопечным*(оставить нужное, остальное вычеркнуть!)* |
| 15 | Наличие психических заболеваний в стадии обострения, хронического алкоголизма, венерических заболеваний, ВИЧ, карантинных инфекционных (в т.ч. чесотка), бактерио- или вирусоносительства, активных формы туберкулеза, иных заболеваний, требующих лечения в спец. учреждениях здравоохранения. | нет |
| 16 | Имеется ли аллергия на продукты/лекарства (указать какие) | Да/Нет |
| 17 | Курит ли Клиент | Да/Нет |
| 18 | Способности клиента к передвижению | Ходячий/плохоходячий/лежачий |
| 19 | Вес и рост клиента |  |
| 20 | Необходимость диетического питания (указать какое) |  |
| 21 | Необходимость организации досуговых мероприятий с подопечным (арт-терапевтические поддерживающие занятия) | Да/Нет |
| 22 | Наличие в квартире камер видеонаблюдения | Да/Нет |
| 23 | Наличие в квартире животных (указать какие именно) | Да/Нет |
| 24 | Примерный перечень необходимых услуг (можно посмотреть на сайте: [https://lifeplus-spb.ru](http://lifeplus-spb.ru)) |  |
| 25 | Для услуги «Уход 24 часа с проживанием» указать условия проживания: | - Специалист находится совместно в комнате с подопечным;- Однокомнатная квартира, но есть возможность специалисту спать на кухне;- Имеется отдельная комната для специалиста;- В квартире совместно с подопечным проживают другие родственники (перечислить);(оставить нужное, остальное вычеркнуть!) |

Заявка предоставлена мною, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО полностью), я даю согласие на обработку указанных в Заявке персональных данных, содержащаяся в ней информация может быть использована в процессе оказания услуг.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Укажите, пожалуйста ниже источник, откуда Вы узнали о нашей фирме.

# (*Нужное оставить*)

## **из поисковой системы Яндекс**

## **из поисковой системы Google**

## **из соцсети Вконтакте**

## **из Youtube**

## **от знакомых, друзей, коллег**

* иное (указать, что именно):

## Спасибо!