



**FUNDAȚIA „JAKAB LAJOS”**

**CĂMINUL DE BĂTRÂNI ECUMENIC „KISS ROZÁLIA”**

---

Com. Mărtiniș, sat. Locodeni nr.10, jud. Harghita, cod: 537183  
Tel/Fax: 0266-223015; e-mail: [lokodi\\_oregotthon@personal.ro](mailto:lokodi_oregotthon@personal.ro)

---

## **CERERE DE INTERNARE**

Numele și prenumele:....., locul nașterii:.....,

Data nașterii:....., domiciliul stabil:.....

str.:..... nr.:..... județul:.....,

seria și nr. B.I /C.I:....., CNP:.....

ocupația:.....

religia: .....

starea civilă: necăsătorit/ă  căsătorit/ă  divorțat/ă  văduv/ă

### ***Datele rudelor apropiate:***

Numele și prenumele	Grad de rudenie	Domiciliu	Telefon
---------------------	-----------------	-----------	---------

1. ....

2. ....

### ***Venituri:***

- pensie : .....
- economii : .....
- alt venit permanent : .....

.....  
În cazul în care veniturile nu acoperă cheltuielile lunare de întreținere, vă rugăm  
să specificați persoana care se angajează să plătească contribuțiile lunare!  
.....

***Datele reprezentantului:***

Numele și prenumele: ....., gradul de rudenie : .....

Domiciliu: ..... Telefon:.....

Din ce motiv doriți internarea în căminul de bătrâni? .....

.....

.....

.....

Când ați dori să vă internați în căminul de bătrâni? .....

***Vă rugăm să rețineți că, dacă informațiile furnizate în Cererea de internare nu corespund realității, cererea va fi respinsă, iar în cazul în care beneficiarul a fost deja internat, instituția are dreptul de-a exclude persoana internată. (Codul penal art. 326)***

**Atașamente** (La formularul de cerere, vă rugăm să anexați următoarele documente):

- O scurtă descriere a vieții,
- Recomandare de la biserică,
- Anchetă socială de la primărie,
- Copii despre următoarele documente:
  - carte de identitate (buletin de identitate),
  - certificat de naștere,
  - certificat de căsătorie.
- Cupon de pensie.

Data:.....

Semnătura.....

## 6. EVALUAREA STĂRII DE SĂNĂTATE

(Se completează cîteț de către medicul de familie sau curant, anexă obligatorie la fișageriatrică)

NUMELE:..... PRENUMELE:.....

DATA ȘI LOCUL NAȘTERII:.....

Adresa: Str..... Nr..... Bl..... Sc..... Ap.....

Localitatea:..... Județul:..... Cod poștal.....

**A. Diagnostic prezent:** 1. ....  
2. ....  
3. ....  
4. ....  
5. ....

### B. Starea de sănătate prezentă:

Antecedente familiale relevante .....

.....

Antecedente personale .....

.....

Tegumente și mucoase (*prezența ulcerului de decubit, plăgi etc.*).....

.....

Aparat locomotor (*se evaluează și mobilitatea și tulburările de mers*).....

.....

Aparat respirator (*frecvență respiratorie, tuse, expectorație, dispnee etc.*).....

.....

Aparat cardiovascular (*TA, AV, puls, dureri, dispnee, tulburări de ritm, edeme, tulburări circulatorii periferice etc.*).....

.....

Aparat digestiv (*dentiție, grețuri, dureri, meteorism, tulburări de tranzit intestinal – prezența incontinenței anale, se evaluează și starea de nutriție*).....

.....

Aparat urogenital (*dureri, tulburări de micțiune – prezența incontinenței urinare, probleme genitale*).....

.....

Organe de simț (*auz, văz, gust, miros, simț tactil*).....

Examen neuropsihic (*precizări privind reflexele, tulburări de echilibru, prezența deficitului motor și senzorial, crize jacksoniene etc.*).....

Orientarea în spațiu: bună  slabă  rea

Recunoașterea persoanelor (*vârsta/ ziua nașterii*).....

Orientare în timp(*anul, luna, ziua, anotimpul*).....

Memoria: pe perioadă lungă ..... pe perioadă scurtă .....

Depresie.....

Dependență:.....

Rtg. Pulmonar:.....

**C. Investigații paraclinice relevante**.....

**D. Recomandări de specialitate privind tratamentul igienico-terapeutic și de recuperare**

### **Medic**

Numele:..... Prenumele:.....

Specialitatea .....

Unitatea la care lucrează .....

Adresa ..... Telefon .....

Data:.....

Semnătura și ștampila .....