Formularz o stanie zdrowia

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane osobiste** | |
| Imię: | Nazwisko: |
| Adres zamieszkania: | |
| Kod pocztowy, miasto: | |
| Obywatelstwo: | PESEL: |
| Płeć: | Data urodzenia: |
| Wzrost: | Waga: |
| **Dane dot. przyjazdu Pensjonariusza** | |
| **Data przyjazdu: ……………………………….** | |
| **Forma zamieszkania** Dom opieki | |
| okres zakwaterowania\* stały czasowy | |
| **Pokój\***  1- os. 2- os. | |
| **Dodatkowe wymagania\***  Własne wyposażenie  ………………………………………………………………………………………………………….………  …………………………………………………………………………………….……………………………  ………………………………………………………………………………………….………………………  ………………………………………………………………………………………………………………… | |
| **Informacje medyczne** | |
| **Mobilność Pensjonariusza\*:** Samodzielna Ograniczona Osoba leżąca  Protezy ..…………………………………….………………………………………………………………  inne informacje .……………………………………...…….…………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………… | |

|  |
| --- |
| **Pensjonariusz wymaga pomocy podczas wykonywania następujących czynności:\***  Jedzenia Picia Podczas ubierania/ rozbierania  Podczas higieny osobistej Podczas poruszania się  Inne: ……………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………..……………………………………………….. |
| Pensjonariusz posiada cewnik:\* Tak Nie Pensjonariusz posiada rozrusznik serca:\* Tak Nie Pensjonariusz posiada defibrylator:\* Tak Nie Pensjonariusz posiada zastawkę serca:\* Tak Nie  Pensjonariusz posiada protezę szczękową:\* Tak Nie |
| **Wyżywienie:**  Dieta ……………………………………………………………………………………………...............  Uczulenia ………………………………………………………………………………………................  Sonda żywieniowa: ....................................................................................................................... |
| **Paraliż:\***  Tak Nie |
| **Problemy ze spaniem**  Tak Nie  SPORADYCZNIE |
| **Uzależnienia\*:**  Alkohol UŻYWKI Papierosy  Inne: ……………………………………………….………………………… |
| **Krótki opis Pensjonariusza: (charakter, osobowość, hobby)**  …………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………….…………………………  ………………………………………………………………………………….………………………………  …………………………………………………………………………………….……………………………  …………………………………………………………………………………….……………………………  …………………………………………………………………………………….……………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………  ……….…………………………………………………………………………………….……………………  ……………………………………………………………………………………………………………………  ……………….…………………………………………………………………………………….……………  …………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **Choroby** |
| * Alzheimer Astma Nadciśnienie Demencja * Depresja Cukrzyca Problemy z mówieniem Choroby serca * Parkinson Osteoporoza Reumatyzm Stomia * OdlEŻYNY Nowotwór Stwardnienie rozsiane * Choroby psychiczne   Alergie: …………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………….……………  …………………………………………………………………………………………………………………. |
| **Lekarstwa systematycznie przyjmowane:**  ………………………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………….…………………………….  ……………………………………………………………………………….………………………………..  …………………………………………………………………………….…………………………………..  ……………………………………………………………………………….……………………………….. |
| **Inne informacje** |
| ………………………………………………………………….………………………………………………  ……………………………………………………………………….…………………………………………  …………………………………………………………………………….……………………………………  ………………………………………………………………………………….………………………………  ……………………………………………………………………………………….…………………………  …………………………………………………………………………………………….……………………  ………………………………………………………………………………………………….………………  ……………………………………………………………………………………………………….…………  ……………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………… |

……………………………………..………………………………….

Podpis osoby upoważnionej

\* Proszę zakreślić