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 sięInne: ……………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………..……………………………………………….. |
| Pensjonariusz posiada cewnik:\* Tak Nie Pensjonariusz posiada rozrusznik serca:\* Tak Nie Pensjonariusz posiada defibrylator:\* Tak Nie Pensjonariusz posiada zastawkę serca:\* Tak NiePensjonariusz posiada protezę szczękową:\* Tak Nie |
| **Wyżywienie:** Dieta ……………………………………………………………………………………………............... Uczulenia ………………………………………………………………………………………................ Sonda żywieniowa: ....................................................................................................................... |
| **Paraliż:\***  Tak Nie |
| **Problemy ze spaniem**  Tak Nie SPORADYCZNIE |
| **Uzależnienia\*:**  Alkohol UŻYWKI PapierosyInne: ……………………………………………….………………………… |
| **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