

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

1. KONTRAHENT

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres korespondencyjny:

Ulica, nr domu:

Kod pocztowy, miejscowość:

Skrytka pocztowa:

Nr telefonu wraz z nr kierunkowym:

Nr telefonu komórkowego wraz z nr kierunkowym:

Adres e-mail:

Stopień pokrewieństwa:

2. PACJENT

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Płeć:

Adres korespondencyjny:

Ulica, nr domu:

Kod pocztowy, miejscowość:

Nr telefonu wraz z nr kierunkowym:

Nr telefonu komórkowego wraz z nr kierunkowym:

Waga i wzrost:

3. INFORMACJE DOT. STANU ZDROWIA PACJENTA

Choroby związane z wiekiem – proszę zaznaczyć, jeśli występują							
osteoporoza		odleżyny		astma		reumatyzm	
choroba nowotworowa		depresja		alergia		Parkinson	
nietrzymanie moczu		demencja		stomia		Alzheimer	
Problemy z komunikacją							
	brak	częściowe	znaczne			tak	nie
mowa				proteza			
słuch				aparat słuchowy			
wzrok				okulary			
Problemy z orientacją							
		brak		czasami		duże problemy	
czas							
miejsce							
osoby							
Poruszanie się							
samodzielnie		z pomocą		na wózku		obłożnie chory	
Wchodzenie po schodach							
	samodzielnie		z pomocą			niemożliwe	
Transfer łóżko-wózek							
samodzielnie		winda		pełna pomoc		leżący/transfer wykluczony	
Pielęgnacja ciała							
	samodzielnie		częściowa pomoc		pod nadzorem		pełna pomoc
Twarz							
Zęby/proteza							
Tułów							
Pośladki/nogi							
Pielęgnacja intymna							
Mycie/czesanie włosów							
golenie							
Mycie rąk							
Mycie stóp							
Kąpiel							
	samodzielnie		z pomocą			kompletna pomoc	

Rozbieranie/Ubieranie					
samodzielnie		z pomocą		kompletna pomoc	
Kontrola moczu					
kontroluje		częściowo nie kontroluje (np. w nocy)		nie trzyma	pieluchy
cewnik		cewnik nadłonowy		skargi	basem
Kontrola kału					
kontroluje		częściowo nie kontroluje (np. w nocy)		nie trzyma	pieluchy
Problemy ze snem					
brak		sporadyczne		zaburzony rytm senny	

Środki nasenne: nie tak

Wstawanie w nocy					
raz		2-3 razy		> 3 razy	
Jedzenie/picie					
samodzielnie		potrzebna pomoc np. przy krojeniu		pełna pomoc	
Gryzienie/połykanie posiłków					
samodzielnie		problemy		sonda PEG inne:	
Dieta					
brak		jeżeli jest, jaka?			
Aktualne terapie					
brak		gimnastyka		logopedia Inne:	

4. POZIOM OPIEKI

Czy aktualnie **szługa pielęgniarska** opiekuje się pacjentem? a) tak b) nie

Jak często i jaki zakres czynności wykonuje służba pielęgniarska?

.....

.....

Czy opieka pielęgniarska jest nadal przewidziana? a) tak b) nie

Czy dotychczas wobec pacjenta były świadczone **usługi opiekuńcze**? a) tak b) nie

Jeżeli tak, w jakim zakresie tzn. zadania opiekuna, ilość godzin opieki miesięcznie itp.?

.....
.....
.....

Jaki jest aktualnie poszukiwany poziom i zakres

opieki?
.....
.....

5. PERSONEL

Płeć														
kobieta			mężczyzna			nieistotne								
Wiek w latach														
20-30			30-40			40-50			> 50			nieistotne		
Prawo jazdy														
tak						nie								

6. WARUNKI W GOSPODARSTWIE DOMOWYM

Czy pacjent mieszka sam?													
tak						nie							
Lokalizacja													
duże miasto-centrum				duże miasto-obrzeża				małe miasto			wioska		
Budynek													
dom jednorodzinny				dom wielorodzinny				mieszkanie			inne		
Wyposażenie pokoju dla pracownika (w przypadku opieki 24h)													
łazienka			łóżko			Stół			Szafa				
Radio			TV			Komputer			internet				
Uwagi:													
Zwierzęta domowe													
brak			jeżeli tak, jakie?										
Opieka nad zwierzętami													
tak				nie				w razie potrzeby					
Czy ktoś pomaga w prowadzeniu gospodarstwa domowego?													

tak,	Kto, w jakim zakresie, jak często?				
rano					
przed południem					
w południe					
po południu					
wieczorem					
w nocy					
Kąpiel/prysznic	codziennie		Raz w tygodniu	2-3 razy w tygodniu	
	rano	wieczorem			
nie					
Gotowanie/przyrządzanie posiłków					
zawsze		sporadycznie		nie	
Sklepy (na pieszo)					
ok. 10 min		ok. 20 min		ok. 40 min	
				więcej niż 1h	
Zakupy					
zawsze		sporadycznie		nie	
Sprzątanie					
zawsze		sporadycznie		nie	
Prasowanie					
zawsze		sporadycznie		nie	
Obecność podczas wizyt u lekarza					
zawsze		sporadycznie		nie	

Jaką inną pomoc potrzebuje pacjent w gospodarstwie domowym?:

.....

Hobby/zainteresowania pacjenta:

.....

(Miejscowość, data)

.....

(Podpis)