



IHRE PROFESSIONELLE BETREUUNG

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. Apartament Villa
Dodatowe wymagania*	Balkon 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 szczenkową:*	Tak	Nie

Wyżywienie:

Dieta
Uczulenia
Sonda żywieniowa:

Praliz:* Tak Nie

Problemy ze spaniem Tak Nie
Problemy występują 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
<p>Alergie:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			
<p>Leczenie systematycznie przyjmowane:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			
Inne informacje			
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			

.....
Podpis osoby upoważnionej

* Proszę zakreślić