Ankieta wstępna

Imię, nazwisko:………………………………………………………………………….

Wiek:………………………………………………………………………………………….

Data urodzenia:…………………………………………………………………………..

Wzrost:……………………………………………………………………………………….

Waga:………………………………………………………………………………………….

Krótki opis stanu zdrowia, choroby występujące:………….…………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Czy aktualnie występują odleżyny? proszę opisać (jakie, gdzie, jaki stan?)………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Czy aktualnie występują siniaki, otarcia, rany, inne zmiany na skórze? Jakie, gdzie?...........

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Czy pensjonariusz posiada ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI? ………………………………..

Czy pensjonariusz korzysta z pieluchomajtek? …………………………………………………………..

Czy pensjonariusz porusza się samodzielnie? z asystą? z pomocą balkonika/ o kulach/na wózku? ………………………………………………………………………………………………………………………………………

Czy pensjonariusz samodzielnie korzysta z toalety?...........................................................

Czy pensjonariusz wymaga pomocy w toalecie?.................................................................

Czy pensjonariusz wymaga pomocy przy ubieraniu się?......................................................

Czy pensjonariusz je samodzielnie posiłki czy wymaga karmienia?....................................

Czy pensjonariusz komunikuje się z otoczeniem/rozmawia?...............................................

Czy wymaga jest specjalistyczna dieta?.Jaka?........................................................................

Informacje dodatkowe……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………..

Dane osoby do kontaktu (opiekuna):

……………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………

Nr telefonu:……………………………………………………………………………………………

Termin przyjęcia do domu opieki:……………………………………………………………