

Przyjęcie: _ leżący, _ siedzący, _ można chodzić

Członek/Przedstawiciel:

Tel.Nr.

Data ostatniego pobytu:

Szpital:

Czy chcą być Państwo odwiedzani: _ TAK, _ NIE

Przez:

Potrzeby religijne: _ TAK, _ NIE

Czy życzą sobie Państwo odwiedzin duszpasterza: _ TAK, _ NIE

Przez (imię duchownego):

Dyspozycja pacjenta: _ TAK, _ NIE

Namaszczenie chorego:

Dotychczasowe zaopatrzenie: _ niezależny, _ ograniczony, _ zależny

Od:

Sytuacja rodzinna i mieszkaniowa:

Sytuacja zawodowa, hobby, skłonności:

Lekarz rodzinny:

Zasady snu, rytm snu etc.:

Co Pani robi jak nie może spać?

Ruchliwość/mobilność, potrzebuje pomocy przy:

POTRZEBA POMOCY:	SAMODZIELNIE	POTRZEBUJE POMOCY	OGRANICZONA	UZALEŻNIONA
Mobilność, ruchliwość				
Pielęgnacja ciała				
Mycie zębów/twarzy:				
Pielęgnacja włosów				
Ubieranie się				

Stan skóry:

Zasady/postępowanie w odżywianiu się, jedzeniu i picciu: etc.:

Preferowane:

Odrzuca/odmawia:

Wydalenie: Jak często ma Pani stolec ? x / tydzień

Cierpi Pani na zaparcia lub nieotrzymanie moczu ? _NIE, _TAK
Co Pani robi przeciw temu?

Czy musi Pani wstawać w nocy do toalety? _NIE, _TAK, _jak często

Nieotrzymanie moczu od:
Zapobieganie z: ???

Oddychanie:
Problemy przy:

Czy Pani pali ? _NIE, _TAK

Inne używki czy środki odurzające:

Soczewki kontaktowe: _prawa, _lewa, _okulary,

Proteza oczu: _prawe, _lewe,

Proteza ręki, nogi: _prawa, _lewa,

Proteza zębna/ mostek, część : _góra, _dół

Cała: _góra, _dół,

_aparat słuchowy, _peruka, _część włosów,

kule do chodzenia wózek inwalidzki

stymulator serca wyjście jelita (Stoma)
zapobieganie z: ???

Inne utrudnienia/ niesprawności:

Alergie:

Wzrost:

Waga:

Bierze Pani leki:

Nie

Tak

Nazwa + dozowanie

Data: Podpis: