

**Wstępne informacje dotyczące Pensjonariusza przyjmowanego do NZOZ Domu PCK
– wypełnia rodzina, opiekun prawny, osoba zlecająca opiekę**

Imię i nazwisko Pensjonariusza

Wiek.....

Wykształcenie

Pokrewieństwo wiążące Pensjonariusza z osobą zlecającą opiekę widniejąca w umowie :

.....

Data przyjęcia:

Rzeczywista przyczyna umieszczenia Pensjonariusza w Domu PCK:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Przyczyna oraz miejsce umieszczenia przekazane Pensjonariuszowi:

.....

.....

.....

.....

Skąd w/w został przewieziony do NZOZ Domu PCK? *

Z domu

Ze szpitala (jakiego z jakim rozpoznaniem – wymagana dokumentacja).....

.....

.....

Z Domu Pomocy Społecznej (adres)

.....

Z Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego (adres)

.....

Z Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego (adres)

.....

1. OCENA STANU PSYCHICZNEGO PACJENTA

Czy zostały u Pensjonariusza rozpoznane choroby takie jak:*

demencja / alzheimer / otępienie lub choroby psychiczne (jeśli tak to jakie)/ inne

.....

.....

Określić stopień zaawansowania choroby

.....

.....

Czy kontakt z w/w jest całkowicie logiczny ?*

Tak / Nie / Częste konfabulacje / brak jakiegokolwiek kontaktu słownego

Czy w/w przejawia zachowania agresywne? *

Tak (w jakich sytuacjach)

Nie

Czy w/w przed przyjęciem do NZOZ Domu PCK korzystał z porad psychologa ?*

Tak (prosimy o przedstawienie dokumentacji) / Nie

Czy w/w przed przyjęciem do NZOZ Domu PCK korzystał z leczenia z psychiatrycznego*

Tak (prosimy o przedstawienie dokumentacji) / Nie

Czy w/w ma problemy z zapamiętywaniem ?*

Tak / Nie

Czy w/w jest upośledzony umysłowo? *

Tak (w jakim stopniu?).....

Nie

Nastrój:

Obniżony / depresyjny / lękowy / zawyżony - niepokój psychoruchowy

2.OCENA STANU FIZYCZNEGO

Czy w/w jest diabetykiem ?*

Tak / Nie

Czy w/w spożywa posiłki dietetyczne typowe dla cukrzyków?*

Tak/ Nie

Czy w/w przebywał w ostatnim czasie w szpitalu ?*

Tak (kiedy i z jakiego powodu)/ Nie

Czy w/w w czasie przyjęcia do NZOZ Domu PCK posiada odleżyny?*

Tak (od jakiego czasu w jakich miejscach).....

Nie

Czy w/w przed przyjęciem do NZOZ Domu PCK korzystał z rehabilitacji ruchowej ?*

Tak (prosimy o przestawienie dokumentacji) / Nie

3. SAMOOBSŁUGA

Czy w/w spożywa posiłki samodzielnie ?*

Tak / Nie

Czy w/w porusza się samodzielnie? *

Tak / Nie / z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego (jakiego)

Czy w/w potrafi ubrać się samodzielnie*

Tak / Nie

Czy w/w posiada przyzwyczajenia, które wykonuje regularnie w ciągu dnia lub nocy ?*

Tak ?(jakie)

.....

Nie

Czy Pacjent kontroluje potrzeby fizjologiczne ?*

Tak / Nie

Zainteresowania Pensjonariusza

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

Proszę o opisanie w kilku słowach w/w Pensjonariusza (cechy charakteru informacje, które ułatwią nam prowadzenie opieki nad Pensjonariuszem)

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

Oświadczam, iż w/w informacje są zgodne z prawdą

Data i Podpis

*** właściwe podkreślić**