Centrum Rehabilitacyjno-Opiekuńczego „Słoneczna przystań”

ul. Doktora Judyma 10, 71-466 Szczecin,
e-mail: info@wellmed-szczecin.pl

informacja telefoniczna +48577100899

##

**ANKIETA PENSJONARIUSZA**

**Imię i Nazwisko Pensjonariusza:** ………………………………………….…….…………………….. Data urodzenia: ….……… Wiek: ……… Waga: ………… Wzrost: …………

 Płeć: □ kobieta □ mężczyzna

Rodzaj pobytu: □ rehabilitacyjny □ opiekuńczy □ paliatywny

Przewidywany czas pobytu: □ pobyt czasowy □ pobyt stały

Termin pobytu: ……………………………………………………..

Dane lekarza rodzinnego: ……………………………………………………………………….

 **Stan Pensjonariusza:**

Stopień samodzielności: □ chodzący □ leżący □ porusza się na wózku

Jedzenie: □ je samodzielnie □ potrzebuje pomocy □ jest karmiony

Apetyt: □ dobry □ je mało □ odmawia jedzenia

Dieta: □ bez zaleceń □ cukrzycowa □ inna …………………………………

 □ jedzenie normalne □ jedzenie zblendowane

Ubieranie się: □ samodzielnie □ potrzebuje pomocy □ jest ubierany

Trzymanie moczu: □ bez zaburzeń □ obecność cewnika □ pielucho majtki

Trzymanie stolca: □ bez zaburzeń □ nietrzymanie □ stomia

Odleżyny: □ nie □ tak ……………………………opis…………………………………..

Aparaty słuchowe: □ tak □ nie

Okulary: □ tak □ nie

Protezy: □ tak □ nie

**Czy wymaga zaopatrzenia ortopedycznego:**

□ nie □ tak - jakiego? ……..............................................................................................

**Alergie**  **uczulenia i nietolerancje leków, pokarmów i innych**

□ nie □ tak - na co? …….................................................................................................

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

**Pobyt w szpitalu w ostatnich 2 latach:**

□ nie □ tak - na co? …….................................................................................................

**Zdiagnozowane choroby neurologiczne:**

□ przebyty udar, kiedy? …………..…..………….

□ choroba Alzheimera

□ demencja starcza

□ inne, jakie? ……………………….…..…….……….

**Zdiagnozowane choroby układu krążenia:**

(np. nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, niewydolność serca, migotanie przedsionków, inne arytmie, wady zastawek/wady serca, miażdżyca, tętniaki, żylaki itd.)

………………………………………opisać………………………………………………………………………………

**Przebyte choroby:** Nowotwór:

 □ nie □ tak - …….............................**.**szczegóły ..............................................

Inne □ nie □ tak -……...............................szczegóły .............................................

**Metalowe elementy w ciele:**(np. rozrusznik serca, pompa insulinowa, wszczepiony aparat słuchowy, stenty, druty, śruby, protezy, klipsy na tętniakach, stabilizatory ortopedyczne, zastawki serca i inne)

□ nie □ tak - ……............................szczegóły ................................................

**Przebyty Covid 19**  □ nie □ tak kiedy ?.................

**Szczepienia Covid 19** □ nie □ tak …….. nazwa ile razy, kiedy ostatnia ..........................

**Uwagi : Opis Pensjonariusza np.:** co lubi jeść ?, jakie ma przyzwyczajenia?, czego nie toleruje, jakie ma upodobania, czym można sprawić mu przyjemność ,na co zwrócić uwagę ? czego nie lubi ? jakie ma zainteresowania? Wszystko co może pomóc w sprawnym i komfortowym pobycie Pensjonariusza …………………………………………………

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

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

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

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

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

**Skąd Państwo dowiedzieli się o naszej Placówce?**

□ Facebook

□ Strona internetowa

□ Banery reklamowe

□ Ulotki

□ Znajomi

□ inne źródło..............................................

Data wypełnienia: ……………………………..……………………

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej: ……………………………………………………………………………

Pokrewieństwo: ……………………………………………………….

Telefon: ……………………………………………………………………

Adres e-mail: …………………………………………………...........