Centrum Rehabilitacyjno-Opiekuńczego „Słoneczna przystań”

ul. Doktora Judyma 10, 71-466 Szczecin,  
e-mail: [info@wellmed-szczecin.pl](mailto: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(np.** wózek inwalidzki, różnego rodzaju protezy, ortezy ortopedyczne, aparaty słuchowe, soczewki okularowe, obuwie ortopedyczne, materace przeciwodleżynowe, laski i kule, a także pieluchomajtki, cewniki czy sprzęt stomijny)**:**

□ 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 ................................................

**czy wykazuje zachowania niepożądane :**   
□ agresja słowna

□ agresja fizyczna

□ nie

**oddawanie potrzeb fizjologicznych w miejscach do tego nieprzeznaczonych**

□ tak □ nie

**czy stan zdrowia pozwala na przebywanie w placówce opiekuńczej , która nie zapewnia całodobowej opieki lekarskiej a jedynie dostęp do niej**

□ tak □ nie

**czy nie jest nosicielem wirusów i bakterii które wymagają specjalistycznego leczenia szpitalnego**

□ tak □ nie

**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: …………………………………………………...........

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wellmed sp. z o.o. dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu pobytu w placówce opiekuńczej ,, Słoneczna Przystań’’ (zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)).**

Podpis osoby składającej ankietę: