

INFORMACJE O STANIE ZDROWIA OSOBY ZAINTERESOWANEJ OPIEKĄ

Prosimy o uzupełnienie zgłoszenia, aby uzyskać jak najbardziej dokładną oraz niezobowiązującą ofertę opieki.

DANE KLIENTA

(Klient jest również osobą do kontaktu, oraz osobą, na którą będą wystawiane oraz wysyłane rachunki pocztą)

IMIĘ:	
NAZWISKO:	
ADRES:	
TEL KOM.:	
E-MAIL:	
STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA:	

DANE OSOBY WYMAGAJĄCEJ OPIEKI

IMIĘ:	
NAZWISKO:	
ADRES:	
TEL:	
DATA URODZENIA:	
WZROST:	
WAGA:	

CZY PODOPIECZNY/A ŻYJE W DOMU SAM/A?	☐ TAK	☐ NIE
JEŻELI NIE, KTO JESZCZE MIESZKA W DOMU/MIESZKANIU?		
GDZIE MIESZKAJĄ KREWNI:	☐ W TYM SAMYM GOSPODARSTWIE ☐ W TYM SAMYM MIEŚCIE ☐ DALEKO	
STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:		
CHOROBY ZAKAŻNE PACJENTA:		
STAN MOBILNOŚCI PACJENTA:	☐ SAMODZIELNIE ☐ Z POMOCĄ (LASKA, BALKONIK) ☐ NA WÓZKU ☐ OSOBA LEŻĄCA	
STAN ŚWIADOMOŚCI PACJENTA:		
STAN PSYCHICZNY PACJENTA:		

OSOBA POTRZEBUJĄCA POMOCY KORZYSTA Z NASTĘPUJĄCYCH URZĄDZEŃ POMOCNICZYCH:	TAK	NIE
MASKA TLENOWA	☐	☐
SONDA ŻOŁĄDKOWA	☐	☐
CEWNIK MOCZOWY	☐	☐
STOMIA	☐	☐

CZY W DOMU PODOPIECZNEGO SĄ POMOCE, TAKIE JAK:	TAK	NIE
BALKONIK	☐	☐
WÓZEK INWALIDZKI	☐	☐
ŁÓŻKO SZPITALNE	☐	☐
KRZESŁO TOALETOWE	☐	☐
WINDA DO WANNY	☐	☐
POZOSTAŁE POMOCE: JAKIE?		

OCZEKIWANE CZYNNOŚCI OPIEKUŃCZE:	TAK	NIE
AKTYWIZACJA PACJENTA	☐	☐
DBANIE O PROTEZĘ ZĘBOWĄ	☐	☐
GOLENIE	☐	☐
GIMNASTYKA Z PODOPIECZNYM	☐	☐
MASOWANIE POSZCZEGÓLNYCH CZĘŚCI CIAŁA	☐	☐
MIERZENIE CUKRU	☐	☐
MIERZENIE CIŚNIENIA	☐	☐
ORGANIZACJA CZASU WOLNEGO	☐	☐
PIELĘGNACJA ODLEŻYN	☐	☐
POMOC W UTRZYMANIU HIGIENY OSOBISTEJ	☐	☐
POMOC W UTRZYMANIU HIGIENY INTYMNEJ	☐	☐
POMOC W PRZYJMOWANIU POŚLĄKÓW	☐	☐
PRANIE / ZMIANA POŚCIELI	☐	☐
PLANOWANIE, PRZYGOTOWYWANIE POŚLĄKÓW	☐	☐
PRASOWANIE	☐	☐
SPACERY Z PODOPIECZNYM	☐	☐
SPECJALNE UKŁADANIE PACJENTA W ŁÓŻKU	☐	☐
TOWARZYSTWO PODCZAS WIZYT U LEKARZA	☐	☐
TRANSFER PACJENTA (ŁÓŻKO – WÓZEK INWALIDZKI)	☐	☐
WYKUPYWANIE LEKARSTW	☐	☐
ZAKUPY	☐	☐
ZMIANA OPATRUNKÓW	☐	☐
ZMIANA WYROBÓW CHŁONNYCH	☐	☐
INNE. JAKIE?		

PREFEROWANA OPIEKA:		
PŁEĆ:	☐	KOBIETA
	☐	MĘŻCZYZNA
WIEK:	☐	BEZ ZNACZENIA
	☐	20-30
	☐	30-40
	☐	40-50
	☐	50-60
REFERENCJE, CERTYFIKATY, DYPLOMY:	☐	NIE ISTOTNE
	☐	MILE WIDZIANE
	☐	BARDZO WAŻNE
PRAWO JAZDY:	☐	WYMAGANE
	☐	NIE WYMAGANE
CZY AUTO JEST DO DYSPOZYCJI:	☐	TAK
	☐	NIE
OSOBA PAŁĄCA:	☐	TAK
	☐	NIE
	☐	TYLKO NA ZEWNĄTRZ
UMIEJĘTNOŚĆ I KULINARNE:	☐	TAK
	☐	NIE
	☐	MILE WIDZIANE

INFORMACJE KOŃCOWE:	
W JAKIE DNI TYGODNIA POTRZEBUJĄ PAŃSTWO OPIEKUNKI/A?	W GODZINACH: NP. (7-15)
PONIEDZIAŁEK: ☐	
WTOREK: ☐	
ŚRODA: ☐	
CZWARTEK: ☐	
PIĄTEK: ☐	

UWAGI:

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności z tytułu podania nieprawdziwych danych. Niepełne bądź niepoprawne podanie danych może prowadzić do zwiększenia kosztów bądź wypowiedzenia umowy.

Miejsce: _____

Data: _____

Podpis: _____