



Imię i nazwisko Pensjonariusza

Data sporządzenia

Zgoda na pobyt: TAK/ NIE

Status prawny: OSOBA SAMODZIELNA/ UBEZWŁASNOWOLNIONA

Agresja słowna: TAK/ NIE

Agresja fizyczna: TAK/ NIE

Komunikacja: KONTAKT LOGICZNY/ KONTAKT ZABURZONY/ OSOBA NIEŚWIADOMA

Współpraca podczas czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych: TAK/ NIE

Przemieszczanie się: SAMODZIELNIE/ Z POMOCĄ/ OSOBA LEŻĄCA

Ubieranie się i rozbieranie: SAMODZIELNIE/ Z POMOCĄ/ OSOBA NIESAMODZIELNA

Utrzymanie higieny osobistej: SAMODZIELNIE/ Z POMOCĄ/ OSOBA NIESAMODZIELNA

Pampersy lub pieluchomajtki: TAK/ NIE

Sygnalizacja potrzeb fizjologicznych: TAK/ NIE

Mycie, kąpiel całego ciała: SAMODZIELNIE/ Z POMOCĄ/ OSOBA LEŻĄCA

Spożywanie posiłków: SAMODZIELNIE/ Z POMOCĄ/ KARMIENIE

Protezy zębowe (górną, dolną): TAK/ NIE

Przyjmowanie leków: CHĘTNIE/ NIECHĘTNIE, W CAŁOŚCI/ KRUSZONE

Przesypianie nocy: ŚPI/ POBUDKI DO WC/ NIE ŚPI

Rany/odleżyny TAK/ NIE – jeśli tak, proszę opisać gdzie i jaka rana

Choroby współistniejące (proszę wymienić wszystkie)

Stale przyjmowane leki:

Dodatkowe informacje:

Do celów statystycznych:

Stan cywilny Wykształcenie

Potwierdzam, że informacje są zgodne z podanymi podczas rozmowy odbytej dnia

.....

Data i podpis
osoby reprezentującej Pensjonariusza