

Katarzyna Trela – 509-356-251 , Katarzyna Woźniak – 451-630-055

WYWIAD DOTYCZĄCY STANU ZDROWIA PACJENTA

Imię i nazwisko Mieszkańca

.....

Adres zamieszkania

PESEL

Nr dowodu osobistego

Choroba zasadnicza

.....

.....

.....

Choroby współistniejące

.....

.....

Stan neurologiczny i funkcjonalny – opis:

.....

.....

.....

Czy pacjent współpracuje tak / nie

Waga pacjenta w kg

Wywiad:

- obecność odleżyn tak / nie
uwagi (jaka część ciała) :

- cewnik Foley'a tak / nie
uwagi

- stomia tak / nie
uwagi (od kiedy.....)

- wkłucie centralne
- uwagi (od kiedy.....) tak / nie

- inne

- choroby zakaźne (tak / nie)

- HIV (tak / nie)

- WZW B (tak / nie)

- WZW C (tak / nie)

- inne (jakie ?)

- choroby psychiczne, zaburzenia zachowania, choroby otępienne?
tak, jakie ?

nie

uwagi

W jaki sposób porusza się Pacjent (proszę zaznaczyć)

- Mobilny
- Niemobilny
- Laska / kule
- Wózek inwalidzki
- Chodzik
- Protezy

- Inne – jakie ?

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

Pacjent potrzebuje pomocy przy: (proszę zaznaczyć)

- spożywaniu posiłków
- ubieraniu i rozbieraniu się
- poruszaniu się
- codziennej higienie osobistej
- inne? jakie ?

.....

Pacjent ma: (proszę zaznaczyć)

- stymulator serca
- defibrylator
- zastawka serca
- protezy uzębienia
- aparat słuchowy
- okulary

Żywnienie (proszę zaznaczyć)

- diety

.....

- alergię pokarmowe

.....

Czy Pacjent ma nałogi ? (proszę zaznaczyć)

- alkohol
- narkotyki
- papierosy / tytoń
- inne ?

Jakie?

Czy Pacjent może być niebezpieczny dla:

- siebie
- innych
- jeżeli tak, to dlaczego ?

.....
.....

Jakie leki przyjmuje Pacjent regularnie – lista leków

Nazwa leku	dawkowanie

Osoba zaszczepiona – COVID

tak / nie

Czy pacjent dostarczył prywatny sprzęt :

- wózek inwalidzki
- chodzik
- kule
- laska

- materac przeciwoleżynowy
- brak

Dane opiekuna/rodziny:

- imię i nazwisko
- telefon
- adres zamieszkania
- stopień pokrewieństwa

Stwierdza się brak przeciwwskazań do uczestniczenia przez w/w osobę w zajęciach terapeutycznych całodobowego domu seniora.

- Brak przeciwwskazań
- Przeciwwskazania

Stwierdza się brak przeciwwskazań do uczestniczenia przez w/w osobę w grupowych zajęciach rehabilitacyjnych całodobowego domu seniora.

- Brak przeciwwskazań
- Przeciwwskazania, jakie

.....
.....

Nie stwierdza się przeciwwskazań medycznych do zamieszkania i kontynuacji opieki nad pacjentem/pacjentką w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom starszym, przewlekle chorym lub osobom z niepełnosprawnościami, niebędącej zakładem opiekuńczo-leczniczym.

.....

DATA, PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA

.....

PODPIS OPIEKUNA

.....

PODPIS MIESZKAŃCA

Ocena pacjenta wg skali Bartel

Proszę zaznaczyć właściwą punktację.

Spożywanie posiłków:

0-nie jest w stanie /samodzielnie jeść/

5-potrzebuje pomoc w krojeniu. smarowaniu masłem, itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety

10-samodzielna, niezależna

Przemieszczanie się /z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie/:

0-nie jest w stanie. Nie zachowuje równowagi przy siedzeniu

5-większa pomoc /fizyczna, jedna lub dwie osoby/

10-mniejsza pomoc /słowna lub fizyczna/

15-samodzielny

Utrzymywanie higieny osobistej:

0-potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych

5-niezależny przy myciu twarzy. Czesaniu się, myciu zębów/
z zapewnionymi pomocami/

Korzystanie z toalety /WC/

0-zależny

5-potrzebuje trochę pomocy, ale może coś zrobić sam

10-niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się

Mycie, kąpiel całego ciała:

0-zależny

5-niezależny /lub pod prysznicem/

Poruszanie się /po powierzchni płaskich/:

0-nie porusza się lub < 50 m

5-niezależny na wózku. Wliczając zakręty > 50 m

10-spacery z pomocą /słowną lub fizyczną / jednej osoby > 50 m

15-niezależny/ale może potrzebować pewnej pomocy np. laski/>50m

Wchodzenie i schodzenie po schodach:

0-nie jest w stanie

5-potrzebuje pomocy /słownej, fizycznej. przenoszenie/

10-samodzielny

Ubieranie się i rozbieranie:

0-zależny

5-potrzebuje pomocy ale może wykonywać połowę bez pomocy

10-niezależny / zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp./

Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu:

0-nie panuje nad oddawaniem stolca /lub potrzebuje lewatyw/

5-czasami popuszcza /zdarzenia przypadkowe/

10-panuje /utrzymuje stolec

Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego:

0-nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny

5-czasami popuszcza /zdarzenia przypadkowe/

10-panuje /utrzymuje mocz

Wynik kwalifikacji -

.....
DATA, PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA
Lub PIEŁĘGNIARKI ŚRODOWISKOWEJ

.....
DATA, PODPIS
Dyrektor OpiekaSilesia Centrum Opieki Seniora Sp. z o.o.

Załączniki:

1. Karta/y wypisowe ze szpitala,
2. Historia choroby,
3. Zastosowane leczenie,
4. Przebyte zabiegi i operacje,
5. Wyniki badań biochemicznych.

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych, dalej „RODO”) informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest OpiekaSilesia Centrum Opieki Seniora Sp. z o.o., z siedzibą przy ul. Józefa Mazura 6, 41 - 253 Czeladź;
- 2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wykonywania zawartej z OpiekaSilesia Centrum Opieki Seniora Sp. z o.o, o świadczenie usług, na podstawie art. 9 ust 2 pkt c RODO;

Opiekasilesia, Centrum Opieki Seniora Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Józefa Mazura 6, 41-253 Czeladź, Polska, KRS 0000856029 NIP 6252474611, REGON 386823952, nr konta ING Bank Śląski 12 1050 1243 1000 0090 8170 3895

- 3) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą podmioty upoważnione przez OpiekaSilesia Centrum Opieki Seniora Sp. z o.o., w szczególności pracownicy i zleceńbiortcy biorący udział przy wykonywaniu zawartej umowy;
- 4) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej;
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres świadczenia usług na Pani/Pana rzecz oraz okres przedawnienia roszczeń wynikających z zawartej umowy;
- 6) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu;
- 7) ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzoru, jeżeli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
- 8) podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem świadczenia usług na Pana/Pani rzecz;
- 9) dane nie podlegają profilowaniu.

Proszę zaznaczyć:

☐ *Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w powyższej opinii lekarskiej oraz w wymienionych załącznikach, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzeniem 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 w celu wykonania zawartej umowy o świadczenie usług oraz na przekazanie moich danych osobowych placówkom medycznym współpracującym z OpiekaSilesia Centrum Opieki Seniora Sp. z o.o., co jest niezbędne celem wykonania zawartej umowy o świadczenie usług.

☐ *Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem świadczenia usług, a także regulaminem korzystania z serwisu internetowego dostępnymi pod adresem www.opiekasilesia.com oraz, że akceptuję ich postanowienia.

*pole wymagane

.....
DATA, PODPIS OPIEKUNA / FINANSUJĄCEGO

.....
DATA, PODPIS MIESZKAŃCA