Karta informacyjna pacjenta

Nazwisko:……

Imię/imiona:……

PESEL:……

WIOSKA SENIORA
DOM OPIEKI SENIORALNEJ

ul. Zakładowa 8 A, 33-180 GROMNIK

Miejsce urodzenia:…… Nazwisko rodowe:……..

Imię Matki:…… Imię Ojca:……

Nr. dowodu osobistego:…….. Data ważności dowodu osobistego:……

Dowód osobisty wydany przez:……

Adres zameldowania/ ostatniego miejsca pobytu*:……

Płeć: Kobieta/ Mężczyzna* Wykształcenie: ……

Data przyjęcie:…… Okres pobytu: Długo terminowy/ krótko terminowy/ dzienny* ……

Wyznanie:…….. Wykonywany zawód:……

Alergie/ uczulenie:……

Jednostki chorobowe:

Cukrzyca: …… Rodzaj diety: ……

Poruszanie się:……

Agresja słowna:…… Agresja fizyczna:……

Alkoholizm:…… Nikotynizm:……

Inne uzależnienia:……

Funkcjonowanie w ciągu dnia:…… Funkcjonowanie w ciągu nocy:……

…… Nazwisko i Imię osoby do kontaktu

…… Adres osoby do kontaktu

…… Numer telefonu osoby do kontaktu

…… Adres e-mail do kontaktu

…… Wyrażam zgodę na przepisanie danych z dowodu osobistego Oraz do udzielania informacji o stanie zdrowia wyznaczonemu opiekunowi Podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

…… Czytelny podpis osoby przeprowadzającej wywiad

*** Niepotrzebne skreśl**

Proszę podać prawidłową odpowiedź:	**TAK**	**NIE**	**Proszę podać prawidłową odpowiedź:**	**TAK**	**NIE**
Choroba nowotworowa w przeszłości (w okresie ostatnich 10 lat)			Zaburzenia równowagi		
Nagła utrata masy ciała bez uchwytnej przyczyny			Hipotonia ortostatyczna lub inna:……		
Gorączka lub stany podgorączkowe……..			Cukrzyca:……		
Wszczepienie rozrusznika serca……			Obrzęki niewiadomego pochodzenia (gdzie umiejscowione)……..		
Przebyty zawał serca……			Odleżyny		
Nadciśnienie tętnicze			Owrzodzenia skóry		
Choroba wieńcowa serca			Leki (przeciwzakrzepowe, przeciwbólowe, Antydepresyjne), jakie:……		
Zaburzenia rytmu serca			Uczulenie na leki (jakie):……		
Inne choroby serca (np.. kardiomiopatia)			Anemia		
Choroby serca leczone operacyjnie (jakie i w jakim okresie):……			Padaczka		
Niewydolność krążenia			Przebyty udar mózgu (jaki i w jakim Okresie):……		
Niewydolność oddechowa			Wszczepione metalowe przedmioty, implanty (jakie i gdzie)……		
Astma oskrzelowa			Tendencje do wylewów podskórnych/siniak		
Tętniak(i) i gdzie umiejscowione:……			Ostre stany zapalne		
Krótkotrwała utrata świadomości (jak często):……			Choroby zakaźne (np.:HIV, HCV inne)		
Miażdżyca zarostowa tętnic			Gruźlica		
Zakrzepowo-zarostowe zapalenie naczyń (choroba Bűrgera)			Choroba wrzodowa żołądka z krwawieniem		
Zakrzepowe zapalenie żył powierzchniowych			Refluks żołądkowo-przełykowy		
Zakrzepica żył głębokich			Świeżę urazy:……		
Żylaki kończyn dolnych			Inne choroby współistniejące:……..		
Osteoporoza					

……

Oświadczam, iż dane podane są prawdziwe i zgodne z posiadaną wiedzą
Podpis Pacjenta lub opiekuna prawnego

……

Czytelny podpis osoby przeprowadzającej wywiad