



DOM SENIORA BOCHNIA

KARTA PRZYJĘCIA MIESZKAŃCA

I. DANE PODSTAWOWE

Imię i nazwisko: _____

PESEL: _____

Data urodzenia: _____

Adres zamieszkania: _____

Data przyjęcia: _____ Godzina przyjęcia: _____

Numer pokoju: _____

II. OSOBA DECYZYJNA / KONTAKTOWA

Imię i nazwisko: _____

Stopień pokrewieństwa: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Pełnomocnictwo / opieka prawna: Tak Nie

III. DOKUMENTACJA MEDYCZNA (ZAŁĄCZNIKI)

Historia choroby

Karta informacyjna ze szpitala

Lista aktualnych leków

Informacja o alergiach

Orzeczenie o niepełnosprawności

Inne: _____

IV. WYWIAD MEDYCZNY

Choroby przewlekłe:

Alergie: _____

Ostatnia hospitalizacja (data + powód): _____

V. LEKI

Lista leków zweryfikowana: Tak Nie

Leki w oryginalnych opakowaniach: Tak Nie

Leki przeliczone i opisane: Tak Nie

Uczulenie na leki: _____

Podpis osoby przyjmującej leki: _____

VI. OCENA FUNKCJONALNA

Skala Barthel: ____ / 100

Poziom samodzielności: Samodzielny Częściowo zależny
Całkowicie zależny

Skala Norton: ____ Ryzyko: Niskie Średnie Wysokie

Skala Tinetti: ____ Ryzyko: Niskie Średnie Wysokie

MMSE (jeśli wskazane): _____

VII. RYZYKA ZIDENTYFIKOWANE

Wysokie ryzyko upadku

Wysokie ryzyko odleżyn

Agresja / dezorientacja

Ryzyko ucieczki

Problemy z połykaniem

Depresja

Działania zabezpieczające: _____

VIII. STAN FIZYCZNY PRZY PRZYJĘCIU

Stan skóry: Bez zmian Zaczerwienienia Odleżyny

(lokalizacja: _____)

Waga: _____ kg Ciśnienie: _____ Tętno: _____ Temperatura: _____

IX. PROTOKÓŁ RZECZY OSOBISTYCH

Ubrania: Tak Nie

Dokumenty: Tak Nie

Bizuteria: Tak Nie

Telefon: Tak Nie

Protezy: Tak Nie

Opis rzeczy wartościowych: _____

Podpis rodziny: _____

Podpis przyjmującego: _____

X. INFORMACJE PSYCHOSPOŁECZNE

Zwyczaje: _____

Ulubione zajęcia: _____

Preferencje żywieniowe: _____

Religia / potrzeby duchowe: _____

XI. POTWIERDZENIA

- Zapoznano rodzinę z regulaminem
- Zapoznano rodzinę z zasadami komunikacji
- Ustalono termin pierwszego raportu (30 dni)

Podpis kierownika

Podpis Rodziny



DOM SENIORA BOCHNIA