

WNIOSEK PACJENTA

o przyjęcie do oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego na udzielanie świadczeń zdrowotnych wraz z pobytem w Centrum za całkowitą odpłatnością ponoszoną przez pacjenta wraz z wywiadem.

Imię i nazwisko:

Telefon:

Data urodzenia:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres:

Dane osoby kontaktowej (imię , nazwisko, adres, telefon):

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

Aktualnie pacjent*: czynny zawodowo rencista emeryt

Rozpoznanie (choroba główna):

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

WYWIAD

Proszę zaznaczyć prawidłową odpowiedź krzyżykiem

1. Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na:

Rodzaj schorzenia	TAK	NIE	NIE WIEM
nadciśnienie tętnicze			
serce:			
– wada serca			
– zawał serca			
– zaburzenia rytmu			
– dusznica bolesna			

cukrzyca			
udar mózgu			
padaczka			
choroby naczyń (żylaki, miażdżyca)			
choroby psychiczne (depresje, nerwice)			
choroby nowotworowe			
choroby układu pokarmowego(choroba wrzodowa, inne)			
choroby wątroby (żółtaczką, marskość...)			
astma oskrzelowa			
POCHP (Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc)			
tarczyca (nadczynność, niedoczynność)			
choroby nerek (kamica, zapalenie ...)			
przewlekłe choroby skóry (m.in. owrzodzeni)			
uczulenia: jakie (wpisać):			
inne: jakie (wpisać):			

Proszę podkreślić właściwą odpowiedź.

2. Czy przebył(a) Pan(i) zabiegi operacyjne?

TAK / NIE

Jeśli TAK, proszę podać jakie i kiedy:

.....

.....

.....

3. Czy posiada Pan(i) pomoce ortopedyczne (wózek inwalidzki, balkonik, kule, laski, protezy, ortezy)?

.....

.....

.....

4. Czy potrafi Pan(i) chodzi samodzielnie?

– po terenie płaskim

TAK/ NIE

– po schodach

TAK/ NIE

5. Czy wymaga Pan(i) pomocy przy:

- | | |
|-----------------------|----------|
| – toalecie | TAK/ NIE |
| – ubieraniu | TAK/ NIE |
| – spożywaniu posiłków | TAK/ NIE |

6. Czy występują u Pana(i):

- | | |
|--|----------|
| – omdlenia | TAK/ NIE |
| – osłabienie mięśni | TAK/ NIE |
| – duszność spoczynkowa lub przy niewielkim wysiłku | TAK/ NIE |
| – nawracające krwawienia (z nosa, inne) | TAK/ NIE |
| – trudności w utrzymaniu moczu i stolca | TAK/ NIE |

7. Proszę podać nazwy i dawki stosowanych obecnie leków:

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

.....
/data i podpis pacjenta/