

Ośrodek Rehabilitacyjno – Opiekuńczy „DAR SERCA” ul. Zielna, Czernin, 82-400 Sztum
tel.: 55 277 92 34; 55 245 07 23 e-mail: biuro@darsztum.pl; www.darsztum.pl
Data aktualizacji: 25.02.2020 r., 01.08.2022 r.

WYWIAD W DNIU PRZYJĘCIA I INDYWIDUALNY PLAN OPIEKI

1. Dane osobowe Podopiecznego

- 1.1. Imię i nazwisko.....
- 1.2. Pesel.....
- 1.3. Miejsce zamieszkania.....
- 1.4. Numer telefonu.....
- 1.6. Stopień niepełnosprawności (jeśli posiada)

2. Ocena potrzeb zdrowotnych i opiekuńczych

- 2.1. Przebyte choroby
-
-
- 2.2. Stan psychiczny i funkcjonalny.....
-
-
-
- 2.3. Uczulenia (leki i inne środki).....
-

3. Stan zdrowia:

- 3.1. Ciśnienie tętnicze tętno waga.....
- 3.2. Schorzenia lub dolegliwości:
 - 3.2.1. Układ pokarmowy(w tym: dieta, przyjmowanie posiłków, wypróżnianie)
.....
 -
 - 3.2.2. Układ krążenia (żylaki, obrzęki, i inne)
.....
 -
 - 3.2.3. Układ oddechowy
.....
 -

Ośrodek Rehabilitacyjno – Opiekuńczy „DAR SERCA” ul. Zielna, Czernin, 82-400 Sztum

tel.: 55 277 92 34; 55 245 07 23 e-mail: biuro@darsztum.pl; www.darsztum.pl

Data aktualizacji: 25.02.2020 r., 01.08.2022 r.

3.2.4. Układ moczowy

.....

3.2.5 Układ hormonalny.....

.....

3.2.6. Układ nerwowy.....

.....

3.2.7. Układ mięśniowy.....

.....

3.2.8. Układ kostno – stawowy.....

.....

3.2.9. Zmiany skórne.....

.....

4.Ocena samoobsługi (załącznik Skala Barthel)

5.Komunikatywność.....

6.Zainteresowania:.....

.....

7.Jakość kontaktu z rodziną i środowiskiem lokalnym

.....

8.Religia.....

9.Oczekiwania i sugestie podopiecznego i jego rodziny dotyczące oferowanego wsparcia:

.....

.....

.....

.....

INDYWIDUALNY PLAN OPIEKI

1. Cel opieki

.....

.....

.....

Załącznik nr 4 do Regulaminu Świadczenia Opieki Całodobowej

Ośrodek Rehabilitacyjno – Opiekuńczy „DAR SERCA” ul. Zielna, Czernin, 82-400 Sztum
tel.: 55 277 92 34; 55 245 07 23 e-mail: biuro@darsztum.pl; www.darsztum.pl
Data aktualizacji: 25.02.2020 r., 01.08.2022 r.

.....
.....
2.Wymagane konsultacje lekarskie

.....
3.Rehabilitacja

.....
4.Zabiegi pielęgniarskie

.....
5.Czynności opiekuńcze

.....
6. Otrzymuje LEKI

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na proponowane formy opieki i nie wnoszę uwag do powyższych treści.

Data i podpis Osoby korzystającej z opieki

Podpis Kierownika/Pielęgniarki

.....

.....

Podpis Opiekuna

.....