

## INFORMACJE O STANIE ZDROWIA OSOBY OBJĘTEJ OPIEKĄ

**Prosimy o uzupełnienie zgłoszenia, aby uzyskać jak najbardziej dokładną oraz niezobowiązującą ofertę opieki.**

Wypełniony dokument prosimy przekazać osobiście, pocztą tradycyjną lub mailowo na adres: [opiekadomowa@salus.com.pl](mailto:opiekadomowa@salus.com.pl). W przypadku wysyłania mailem prosimy o zaszyfrowanie dokumentu i przekazanie hasła do pliku SMS-em po uzgodnieniu z nami.

### DANE KLIENTA

(Klient jest również osobą do kontaktu oraz osobą, na którą będą wystawiane oraz wysyłane rachunki pocztą)

IMIĘ:	
NAZWISKO:	
ADRES:	
TEL KOM.:	
E-MAIL:	
STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA:	

### DANE OSOBY WYMAGAJĄCEJ OPIEKI

IMIĘ:	
NAZWISKO:	
ADRES:	
TEL:	
WIEK:	
WZROST:	
WAGA:	

<b>CZY PODOPIECZNY/A ŻYJE W DOMU SAM/A?</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>JEŻELI NIE, Z KIM MIESZKA? (STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA)</b>	
<b>CZY W DOMU SĄ ZWIERZĘTA DOMOWE?</b>	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, JAKIE
<b>GDZIE MIESZKAJĄ KREWNI:</b>	<input type="checkbox"/> W TYM SAMYM GOSPODARSTWIE <input type="checkbox"/> W TYM SAMYM MIEŚCIE <input type="checkbox"/> DALEKO
<b>STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:</b>	<input type="checkbox"/> LEKKI <input type="checkbox"/> UMIARKOWANY <input type="checkbox"/> ZNACZNY
<b>CHOROBY ZAKAŻNE PACJENTA:</b>	<input type="checkbox"/> WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY <input type="checkbox"/> CHOROBY ODZWIERZĘCE <input type="checkbox"/> HIV
<b>INNE CHOROBY WYSTĘPUJĄCE U PACJENTA:</b>	
ALZHEIMER:	<input type="checkbox"/> POCZĄTKUJĄCY <input type="checkbox"/> ŚREDNIOZAAWANSOWANY <input type="checkbox"/> ZAAWANSOWANY
AGRESJA:	<input type="checkbox"/> SŁOWNNA <input type="checkbox"/> FIZYCZNA
ALERGIE:	<input type="checkbox"/> SKÓRNE <input type="checkbox"/> POKARMOWE
<input type="checkbox"/> BÓLE REUMATYCZNE / BÓLE STAWÓW	
<input type="checkbox"/> CEWNIK	
<input type="checkbox"/> CHOROBY PSYCHICZNE	
<input type="checkbox"/> CUKRZYCA	
<input type="checkbox"/> DEPRESJA	
DEMENCJA:	<input type="checkbox"/> POCZĄTKUJĄCA <input type="checkbox"/> ŚREDNIOZAAWANSOWANA <input type="checkbox"/> ZAAWANSOWANA
<input type="checkbox"/> DIETA	
<input type="checkbox"/> EPIZODY OMDLENIA	
<input type="checkbox"/> GŁUCHOTA	
<input type="checkbox"/> INKONTYNENCJA	
<input type="checkbox"/> NIEWYDOLNOŚĆ NEREK <input type="checkbox"/> DIALIZY	
<input type="checkbox"/> NOWOTWÓR	
<input type="checkbox"/> ODLEŻYNY	
<input type="checkbox"/> OSOBA LEŻĄCA	
<input type="checkbox"/> OPERACJE (JAKIE?)	
.....	
<input type="checkbox"/> PARALIŻ CZĘŚCIOWY LUB CAŁKOWITY	
<input type="checkbox"/> PADACZKA	
<input type="checkbox"/> PARKINSON	
<input type="checkbox"/> PROTEZA ZĘBOWA	
<input type="checkbox"/> PROBLEMY Z CIŚNIENIEM	
<input type="checkbox"/> PROBLEMY Z PRZEŁYKANIEM	
<input type="checkbox"/> PROBLEMY Z ODDYCHANIEM	
<input type="checkbox"/> PROBLEMY W PORUSZANIU SIĘ	
<input type="checkbox"/> ROZRUSZNIK SERCA	
<input type="checkbox"/> SONDA PEG	
<input type="checkbox"/> STOMIA	
<input type="checkbox"/> STWARDNIENIE ROZSIANE	
<input type="checkbox"/> ŚLEPOTA / ZABURZENIA WIDZENIA	
<input type="checkbox"/> UDAR / WYLEW	
<input type="checkbox"/> ZABURZENIA KRAŻENIA	
<input type="checkbox"/> ZABURZENIA RÓWNOWAGI I RUCHU	
<input type="checkbox"/> ZABURZENIA SNU	

<b>POBYTY W SZPITALU</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>DATA OSTATNIEGO POBYTU W SZPITALU</b>		
<b>AKTUALNE DOLEGLIWOŚCI BÓLOWE</b>	<input type="checkbox"/> TAK (JAKIE?)	<input type="checkbox"/> NIE
<b>STAN MOBILNOŚCI PACJENTA:</b>	<input type="checkbox"/> SAMODZIELNIE <input type="checkbox"/> Z POMOCA (LASKA, KULE, BALKONIK) <input type="checkbox"/> NA WÓZKU <input type="checkbox"/> OSOBA LEŻĄCA	
<b>STAN PSYCHICZNY I ŚWIADOMOŚCI PACJENTA:</b>	<input type="checkbox"/> STABILNY / SPOKOJNY <input type="checkbox"/> AGRESYWNY	
<b>URZĄDZENIA POMOCNICZE:</b>	<input type="checkbox"/> CEWNIK MOCZOWY <input type="checkbox"/> MASKA TLENOWA <input type="checkbox"/> SONDA ŻOŁĄDKOWA <input type="checkbox"/> STOMIA	
<b>SPRZĘT POMOCNICZY W DOMU PACJENTA</b>	<input type="checkbox"/> BALKONIK <input type="checkbox"/> KULE <input type="checkbox"/> ŁÓŻKO SPECJALISTYCZNE <input type="checkbox"/> KRZESŁO TOALETOWE <input type="checkbox"/> WÓZEK INWALIDZKI	

<b>OCZEKIWANE CZYNNOŚCI OPIEKUŃCZE:</b>	
<input type="checkbox"/> AKTYWIZACJA PACJENTA	<input type="checkbox"/> TRANSFER PACJENTA (ŁÓŻKO-WÓZEK INWAL.)
<input type="checkbox"/> GIMNASTYKA Z PODOPIECZNYM	<input type="checkbox"/> MASOWANIE POSZCZEGÓLNYCH CZĘŚCI CIAŁA
<input type="checkbox"/> SPACERY Z PODOPIECZNYM	<input type="checkbox"/> ZAKUPY
<input type="checkbox"/> ORGANIZACJA CZASU WOLNEGO	<input type="checkbox"/> PIELĘGNACJA ODLEŻYN
<input type="checkbox"/> POMOC W UTRZYMANIU HIGIENY INTYMNEJ	<input type="checkbox"/> ZMIANA PIELUCHOMAJTEK
<input type="checkbox"/> GOLENIE	<input type="checkbox"/> MIERZENIE CIŚNIENIA
<input type="checkbox"/> DBANIE O PROTEZĘ ZĘBOWĄ	<input type="checkbox"/> MIERZENIE POZIOMU CUKRU
<input type="checkbox"/> PODAWANIE POSIŁKÓW	<input type="checkbox"/> ZMIANA OPATRUNKÓW
<input type="checkbox"/> POMOC W PRZYJMOWANIU POSIŁKÓW	
<input type="checkbox"/> SPECJALNE UKŁADANIE PACJENTA W ŁÓŻKU	

<b>PREFEROWANA OPIEKA</b>	
<b>PŁEĆ</b>	<input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA
<b>WIEK</b>	<input type="checkbox"/> -40 <input type="checkbox"/> 40-50 <input type="checkbox"/> 50+
<b>REFERENCJE, CERTYFIKATY, DYPLOMY</b>	<input type="checkbox"/> NIEISTOTNE <input type="checkbox"/> MILE WIDZIANE <input type="checkbox"/> BARDZO WAŻNE

W JAKIE DNI TYGODNIA PREFEROWANA JEST OPIEKA	W JAKICH GODZINACH? (NP.: 7-15)
PONIEDZIAŁEK	<input type="checkbox"/>
WTOREK	<input type="checkbox"/>
ŚRODA	<input type="checkbox"/>
CZWARTEK	<input type="checkbox"/>
PIĄTEK	<input type="checkbox"/>
SOBOTA	<input type="checkbox"/>
NIEDZIELA	<input type="checkbox"/>
ŚWIĘTA	<input type="checkbox"/>
OPIEKA NOCNA	<input type="checkbox"/>

PRZYCHODNIA POZ PACJENTA	
LEKARZ PODSTAWOWEJ OPIEKI MEDYCZNEJ	
PIELĘGNIARKA ŚRODOWISKOWA	
<b>PRZECIWSKAZANIA I WAŻNE INFORMACJE O STANIE PACJENTA NP. NIE MOŻE BYĆ DŹWIGANY ITP.!!!!</b>	

UWAGI:

**Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności z tytułu podania nieprawdziwych danych. Niepełne bądź niepoprawne podanie danych może prowadzić do zwiększenia kosztów bądź wypowiedzenia umowy.**

Miejsce: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

Administratorem Twoich danych osobowych jest spółka SALUS Sp. z o.o., 76-200 Stupsk, ul. Zielona 8. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych znajdują się na naszej stronie internetowej <https://klinikasalus.pl/o-firmie/rodo/>