



FORMULARZ PYTAŃ OSOBY DO OPIEKI

1. Informacje dotyczące osoby do kontaktu (Zleceniodawca)

Imię.....
Nazwisko.....
Stopień pokrewieństwa osoby do opieki.....
Ulica.....Nr.....
Kod pocztowy.....Miasto.....
Telefon.....Fax.....
E-mail.....

2. Informacje dotyczące osoby do opieki (Osoba otrzymująca świadczenie)

Imię.....
Nazwisko.....
Data urodzenia.....Wzrost.....Waga.....
Ulica.....Nr.....
Kod pocztowy.....Miasto.....
Telefon.....
Dane lekarza pierwszego kontaktu.....

3. Informacje dotyczące stopnia opieki

Stopnie opieki:

- bez stopnia opieki 0 1 2 3
- wnioskowane 0 1 2 3
- stopień intensywnej opieki 0 1 2 3

Informacje dotyczące stanu zdrowia Udar, Parkinson, itp.

Alergia, Utrudnione chodzenie związane ze starością, Alzheimer, Astma, Biegunki,
Demencja (stadium początkowe), Demencja, Odleżyny, Depresja, Cukrzyca,
Cukrzyca (leczone insuliną), Zawał serca, Po zawał serca, Niewydolność serca,
Arytmie serca, Nadciśnienie, Nietrzymanie moczu, Stwardnienie rozsiane,
Osteoporoza, Parkinson, Reumatyzm, Udar prawa strona, Udar lewa strona,
Stomia, Nowotwór, Pozostałe

Podstawowe pytania:

Czy osoba do opieki jest leżąca w łóżku? TAK NIE
Czy osoba do opieki musi być myta w łóżku? TAK NIE
Czy osoba do opieki potrzebuje pomocy przy przełożeniu się z łóżka do wózka? TAK NIE
Czy osoba otrzymująca pomoc pomaga przy przełożeniu się? TAK NIE
Czy osoba do opieki cierpi na zaburzenia snu? TAK NIE
Czy osoba do opieki cierpi na choroby zakaźne? TAK NIE
Jeśli tak to jakie?.....
Czy inne osoby mieszkające w domu cierpią na choroby zakaźne? TAK NIE
Jeśli tak to jakie?.....
Termin rozpoczęcia opieki.....
Prognozowana długość świadczenia opieki

Opieka godzinowa TAK NIE
Opieka 24 h TAK NIE



FORMULARZ PYTAŃ OSOBY DO OPIEKI

Z kim osoba mieszka razem?

Czy w domu dodatkowa osoba potrzebuje opieki? TAK NIE

Czy osoba do opieki jest paląca? TAK NIE

Czy jest zaangażowana pomoc ambulatoryjna? TAK NIE

Czy pomoc ambulatoryjna ma nadal przyjeżdżać? TAK NIE

Pomoc ambulatoryjna:

Jak często dziennie?

Do jakich czynności?

3. Analiza zdrowia

3.1. Komunikacja, orientacja

KOMUNIKACJA

Słuch: bez ograniczeń częściowe ograniczenie ograniczone

Wzrok: bez ograniczeń częściowe ograniczenie ograniczone

Mowa: bez ograniczeń częściowe ograniczenie ograniczone

ORIENTACJA

Czasowa: bez ograniczeń częściowe ograniczenie ograniczone

Przestrzenna: bez ograniczeń częściowe ograniczenie ograniczone

Personalna: bez ograniczeń częściowe ograniczenie ograniczone

Pozostałe

ŚRODKI POMOCY

Okulary Aparat słuchu Inne

3.2. Poruszanie się

PORUSZANIE SIĘ

Chodzenie: bez ograniczeń częściowe ograniczenie ograniczone

Stanie: bez ograniczeń częściowe ograniczenie ograniczone

Dodatkowe

ŚRODKI POMOCY

Kule Łóżko Krzesło nocne Materac antyodleżynowy Wózek do chodzenia
(Rolator) Wyciąg do wanny Wózek inwalidzki Inne

3.3. Higiena

Prysznic: bez ograniczeń częściowe ograniczenie ograniczone

Kąpiel: bez ograniczeń częściowe ograniczenie ograniczone

Pielęgnacja skóry: bez ograniczeń częściowe ograniczenie ograniczone

Pielęgnacja jamy ustnej / protezy: bez ograniczeń częściowe ograniczenie ograniczone

Pielęgnacja włosów: bez ograniczeń częściowe ograniczenie ograniczone

Pielęgnacja intymna: bez ograniczeń częściowe ograniczenie ograniczone

Pielęgnacja rąk: bez ograniczeń częściowe ograniczenie ograniczone

Pielęgnacja stóp: bez ograniczeń częściowe ograniczenie ograniczone



FORMULARZ PYTAŃ OSOBY DO OPIEKI

Golenie: bez ograniczeń częściowe ograniczenie ograniczone

3.4. Spożywanie posiłków

Jedzenie: bez ograniczeń częściowe ograniczenie ograniczone

Picie: bez ograniczeń częściowe ograniczenie ograniczone

Żucie: bez ograniczeń częściowe ograniczenie ograniczone

Potykanie: bez ograniczeń częściowe ograniczenie ograniczone

Sonda PEG: TAK NIE

Stan wagi: normalna niedowaga otyłość

Forma diety: normalna ziarnista wegetariańska specjalna diabetyczna

Ilość picia: normalnie mało dużo

3.5. Wypróżnianie się

Oddawanie stolca: TAK CZASAMI NIE

Oddawanie moczu: TAK CZASAMI NIE

ŚRODKI POMOCY

Worek na mocz Cewnik Cewnik nadłonowy Butelka na mocz Pieluchy Podkłady

3.6. Ubieranie się

Ubieranie: bez ograniczeń częściowe ograniczenie ograniczone

Rozbieranie: bez ograniczeń częściowe ograniczenie ograniczone

3.7. Odpoczynek i spanie

Zасыпianie: bez ograniczeń częściowe ograniczenie ograniczone

Przesypianie: bez ograniczeń częściowe ograniczenie ograniczone

Leki nasenne: TAK NIE, JAKIE

ADNOTACJE:

Jak często osoba do opieki wstaje w nocy?

Dlaczego?

3.8. Zajmowanie się sobą

Czy u osoby do opieki stosowana jest terapia? TAK NIE

Ergoterapia Muzykoterapia Terapia pracą (czynnościowa)

Logopedia Gimnastyka dla chorych

3.9. Hobby i zainteresowania

CHARAKTER OSOBY DO OPIEKI

Otwarta Dominująca Żądająca Spokojna Kochana, itp.,
Inne.



FORMULARZ PYTAŃ OSOBY DO OPIEKI

4. Informacje dotyczące Opiekuna

WIEK

20 – 35 35 – 50 powyżej 50 nie ma znaczenia

PŁEĆ

Kobieta Mężczyzna Nie ma znaczenia

Dodatkowe życzenia (opcjonalnie, nie ma gwarancji).....

Czy dla Opiekuna jest przeznaczony pokój? TAK NIE

Jeśli NIE to świadczenie opieki 24 h nie może być zrealizowane.

5. Zakres pomocy Opiekuna

Gotowanie Prasowanie Wizyty lekarskie Zakupy Spacer Wspólne wycieczki
Pranie Sprzątanie miejsca pracy Organizacja czasu wolnego Pielęgnacja roślin
Jeżdżenie samochodem Opieka nad zwierzętami, jeśli tak to jakie.....

OPIS MIESZKANIA

Osoba do opieki mieszka w: Dużym mieście centralnie Dużym mieście na przedmieściach
Małe miasto Wioska Dom jednorodzinny Dom wielorodzinny Mieszkanie,
Inne

WYPOSAŻENIE POKOJU DLA OPIEKUNA

Własna łazienka Łóżko Stół Szafa Radio TV Dostęp do Internetu
Komputer

MOŻLIWOŚCI ROBIENIA ZAKUPÓW (pieszo):

10 min. 20 min. 30 min. zakupy robi rodzina

Dodatkowy opis produktu:

ponadto nasze usługi we wszystkich kategoriach obejmują następujące punkty:

OPIEKA STANDARDOWA:

Zakres opieki od codziennych wyzwań do różnorodnej pomocy domowej, tj.:

- codzienne wspieranie
- towarzystwo przy aktywnościach czasu wolnego i wydarzeniach towarzyskich
- pomoc przy większych aktywnościach lub spotkaniach z przyjaciółmi i rodziną
- towarzyszenie przy wizytach lekarskich
- codzienna pomoc w domu tj. przy gotowaniu, praniu, zakupach
- podstawowa troska: pomoc przy podstawowej higienie, pomoc przy korzystaniu z WC, pomoc przy spożywaniu posiłków i napojów
- wspieranie przy początkowej fazie chorób tj. Demencja, Parkinson, Alzheimer, Reumatyzm



FORMULARZ PYTAŃ OSOBY DO OPIEKI

OPIEKA ZAAWANSOWANA:

Zakres opieki od codziennych wyzwań do różnorodnej pomocy domowej z włączeniem osób leżących lub obłożnie chorych tj.:

- codzienne wspieranie
- towarzystwo przy aktywnościach czasu wolnego i wydarzeniach towarzyskich
- pomoc przy większych aktywnościach lub spotkaniach z przyjaciółmi i rodziną
- towarzyszenie przy wizytach lekarskich
- codzienna pomoc w domu tj. przy gotowaniu, praniu, zakupach
- podstawowa troska: pomoc przy podstawowej higienie, pomoc przy korzystaniu z WC, pomoc przy spożywaniu posiłków i napojów
- wspieranie przy początkowej fazie chorób tj. Demencja, Parkinson, Alzheimer, Reumatyzm
- pomoc przy znacznych zaburzeniach ruchu
- pomoc przy: stomii, pge sondzie, zaburzeniach snu, cewnikowaniu

OPIEKUN:

- Osoba z doświadczeniem
- Osoba ze specjalistycznym doświadczeniem, przeszkoleniem
- Osoba prowadzona przez Menadżera Senior Comfort

„Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie dane w powyższym Formularzu są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość, data, podpis osoby wypełniającej formularz - Zleceniodawcy

INFORMACJE DLA CARE SOLUTIONS 24H SENIOR COMFROT:

1. Jak dowiedzieli się Państwo o nas?

Rodzina Znajomi Internet Lekarz Dom Seniora
Inne

2. Jak chcieliby Państwo otrzymać wiadomość?

Fax E-mail Telefon Poczta

3. Co jest dla Państwa najważniejsze przy opiece?

.....

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych:

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).”

.....
Miejscowość, data, podpis osoby wypełniającej formularz - Zleceniodawcy