

ANKIETA DLA PENSJONARIUSZA DOMU SENIORA LIFE

w polach zaznaczonych znakiem * prosimy postawić 'x' we właściwym miejscu

DANE PENSJONARIUSZA				
Imię i nazwisko				
Miejsce zamieszkania (ulica, miasto, kod pocztowy)				
Numer telefonu				
Adres e-mail (jeśli występuje)				
Stan cywilny				
DANE OSOBY SPRAWUJĄCEJ OPIEKĘ (JEŚLI WYSTĘPUJE)				
Imię i nazwisko				
Miejsce zamieszkania (ulica, miasto, kod pocztowy)				
Numer telefonu				
Adres e-mail				
PODSTAWOWA CHARAKTERYSTYKA PENSJONARIUSZA				
Schorzenia (proszę wylistować)				
Czy rozpoznana demencja?*	tak		nie	
Czy rozpoznana choroba Alzheimera?*	tak		nie	

Przyjmowane leki (proszę wylistować)			
Ruchomość *	osoba chodząca		
	chodząca przy użyciu kul lub innych urządzeń rehabilitacyjnych		
	osoba na wózku inwalidzkim		
	leżąca		
Ruchomość (dodatkowy komentarz)			
Słuch *	osoba dobrze słyszająca		
	osoba niedosłyszająca		
Kontakt *	osoba kontaktowa		
	osoba mało kontaktowa		
Kontakt (dodatkowy komentarz)			
Higiena osobista *	osoba samodzielna		
	osoba wymagająca pomocy		
Używająca pieluchomajtek? *	tak		nie

Posiłki *	osoba samodzielna			
	osoba wymagająca pomocy			
Alergie pokarmowe (proszę wylistować)				
Nadwrażliwość na pokarmy (proszę wylistować jakie)				
Tolerancja na produkty mleczne? *	tak		nie	
Tolerancja na owoce i surowe warzywa? *	tak		nie	
POZOSTAŁE				
Czy osoba wierząca? *	tak		nie	
Zainteresowania (proszę wylistować)				

.....
 podpis osoby wypełniającej ankietę

.....
 podpis osoby Domu Seniora Life