

ZGŁOSZENIE PIERWSZORAZOWE

ROZPOZNANIE:

PESEL:

IMIĘ i NAZWISKO:

KOD POCZTOWY MIASTO/DZIELNICA

ULICA NR. DOMU..... NR. MIESZKANIA

KLATKA - PIĘTRO - TELEFON -

UBEZPIECZENIE: TAK NIE

Numer legitymacji + Data wydania + Data ważności / NIP pracodawcy / Decyzja OPS-u

CZY CHORY ZGADZA SIĘ NA OPIEKĘ HOSPICJUM: TAK NIE

CZY CHORY OBECNIE KORZYSTA Z:

- REHABILITACJA NFZ TAK NIE
- OPIEKA DŁUGOTERMINOWA TAK NIE
- TLENOTERAPIA DOMOWA TAK NIE

GŁÓWNE PROBLEMY:

STAN OGÓLNY	STABILNY ŚREDNI CIĘŻKI
KONTAKT	PRAWIDŁOWY UTRUDNIONY NIEMOŻLIWY
APETYT	PRAWIDŁOWY ZABURZONY BRAK
CZY PIJE PŁYNY?	TAK NIEWIELE BARDZO MAŁO
ZABURZENIA POŁYKANIA	TAK NIE
BÓL:	TAK NIE
JAKI BÓL (SILNY, SŁABY, GDZIE)	MAŁY ŚREDNI SILNY
CZY BIERZE LEKI P/BÓLOWE?	TAK NIE

NUDNOŚCI	TAK NIE
WYMIOTY	TAK NIE
BIEGUNKA	TAK NIE
ZAPARCIE	TAK NIE
DUSZNOŚĆ	TAK NIE
KASZEL	TAK NIE
KRWIOPŁUCIE	TAK NIE
OBRZĘKI	TAK NIE GDZIE

WODOBRZUSZE	TAK NIE
ZMIANY NOWOTWOROWE NA SKÓRZE	TAK NIE
ODLEŻYNY	TAK NIE
INNE ZMIANY SKÓRNE	TAK NIE
STANY DEPRESYJNE	TAK NIE
CZY JEST POTRZEBA PSYCHOLOGA?	TAK NIE PACJENT RODZINA
CZY CHORY MA OPIEKĘ RODZINY?	TAK NIE
DANE OSOBY DO KONTAKTU W SPRAWIE ZALECEŃ MEDYCZNYCH:	

UWAGI DODATKOWE	
-----------------	--

KTO ZGŁASZA (st. pokrewieństwa + tel.)

DATA I PODPIS PRZYJMUJĄCEGO