

Formularz zgłoszeniowy

Senior/ Seniorka

1. Imię

2. Nazwisko

3. Adres

Ulica

Nr domu/Nr lok.

Kod pocztowy

Miasto

Województwo

4. Numer telefonu

5. Adres e-mail

Osoba kontaktowa
(jeżeli inna niż wymieniona powyżej)

6. Imię

7. Nazwisko

8. Adres

Ulica

Nr domu/Nr lok.

Kod pocztowy

Miasto

Województwo

9. Numer telefonu

10. Adres e-mail

Dodatkowe informacje
o Seniorze/Seniorce

11. Płeć

Kobieta

Mężczyzna

12. Wzrost

cm

13. Waga

kg

14. Stopień
niepełnosprawności

brak

znaczny

umiarkowany

lekki

15. Data urodzenia

dd-mm-yyyy

Dodatkowe informacje o Seniorze/Seniorce

16. Ołępienie starcze (demencja)

tak nie

16 (a). Poziom demencji

lekka zaawansowana

17. Inne choroby

brak występują:

-
-
-
-
-

Informacje nt. sprawowanej dodatkowej opieki

18. Pielęgniarka

tak nie

19. Członkowie rodziny

tak nie

20. Inne osoby

tak nie

21. Dodatkowe terapie w domu

brak występują:

fizjoterapia
zajęcia z logopedą
inne:

Informacje nt. sprawności ruchowej

22. Poruszanie się

bez ograniczeń
o kulach/przy balkoniku
przy pomocy wózka inwalidzkiego
osoba leżąca

23. Umiejętność wchodzenia po schodach

bez ograniczeń
potrzebna pomoc
nie wchodzi samodzielnie

Informacje nt. sprawności ruchowej

24. Umiejętność samodzielnego wstawania z łóżka lub fotela

bez ograniczeń
potrzebna pomoc
nie wstaje samodzielnie

25. Umiejętność samodzielnego ubierania i rozbierania się

bez ograniczeń
potrzebna pomoc

Informacje dotyczące pielęgnacji ciała

26. Umiejętność samodzielnego mycia się, czesania, golenia, mycia zębów

bez ograniczeń
potrzebna pomoc

27. Umiejętność samodzielnej kąpieli

bez ograniczeń
potrzebna pomoc

28. Samodzielna pielęgnacja rąk i stóp

bez ograniczeń
potrzebna pomoc

29. Samodzielne załatwianie potrzeb fizjologicznych

bez ograniczeń
potrzebna pomoc

30. Pomoce

pieluchomajtki
wkładki higieniczne
inne:

Informacje dotyczące przyjmowania posiłków

31. Jedzenie i picie

je samodzielnie
potrzebna pomoc
sonda

32. Problemy z przyswajaniem niektórych pokarmów

brak problemów z trawieniem
nietolerancja pokarmowa:

Informacje
dotyczące
przyjmowania
posiłków

33. Dieta

nie

tak:

Informacje dotyczące rytmu
dziennego i nocnego

34. Problemy z zaśnięciem, zaburzenia
snu

brak

problemy z zaśnięciem

zaburzenia snu

35. Częstotliwość nocnego wstawania

nie wstaje

1 raz

2-3 razy

więcej niż 3 razy

36. Dyżury nocne

niepotrzebne

potrzebne

Inne informacje dotyczące opieki

37. Pomoc w pielęgnacji ciała

częściowa lub całkowita toaleta ciała
 kąpiel w wannie/pod prysznicem
 higiena jamy ustnej
 czesanie, golenie
 pielęgnacja dłoni i stóp
 higiena intymna po korzystaniu z toalety
 zmiana wkładek/pieluchomajtek wraz z pielęgnacją skóry

38. Pomoc w zakresie odżywiania

planowanie posiłków
 przygotowywanie posiłków
 pomoc przy spożywaniu posiłków/
 karmienie

39. Pomoc w zapewnianiu mobilności

pomoc przy wstawaniu i kładzeniu się do łóżka
 ubieranie i rozbieranie podopiecznego
 pomoc w poruszaniu się, wchodzeniu/
 schodzeniu po schodach
 towarzyszenie w załatwianiu spraw poza domem (np. spraw urzędowych)
 towarzyszenie podczas wizyt u lekarza, spacerów,
 wycieczek, wyjść do kina bądź teatru

40. Pomoc w pracach domowych

planowanie zakupów
 robienie zakupów
 zmywanie naczyń
 sprząatanie
 pranie i prasowanie
 pielęgnacja roślin domowych
 opieka nad zwierzętami domowymi
 lekkie prace ogrodowe

41. Pomoc w innych czynnościach

| | tak | brak |
|---|-----|------|
| - | | |
| - | | |
| - | | |
| - | | |
| - | | |
| - | | |

Ochrona danych osobowych

* Informacje zebrane w tym formularzu są poufne. Upoważniam ProSanitas24 Sp. z o. o. do skorzystania z tych informacji tylko i wyłącznie w celu wyszukiwania i selekcji opiekunek. Przekazanie powyższych informacji pracownikowi ProSanitas24 jest dozwolone tylko w tym zakresie.

* Oświadczam, że podane przeze mnie w tym formularzu dane są prawdziwe. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zawartych w formularzu, przez ProSanitas24 Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie, dla potrzeb niezbędnych do realizacji usługi zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2015 r. poz. 2135).

*Pole obowiązkowe

Miejscowość, Data

Podpis