



Karta informacyjna

Planowanie rozpoczęcia opieki domowej: od daty: _____ całodobowa

Czas trwania opieki: 1-2 miesiący 3-12 miesięcy 12 miesięcy i dłużej

Dzień tygodnia:	W godzinach od - do:
Poniedziałek	
Wtorek	
Środa	
Czwartek	
Piątek	
Sobota	
Niedziela	

Informacje o Podopiecznym(-ej)

Imię i nazwisko:

Ulica, nr domu (mieszkania):

Kod pocztowy, miejscowość:

Stan cywilny:

Numer telefonu:

Adres e-mail:

Wzrost (cm):

Waga (kg):

Data urodzenia

Wiek:

Osoba kontaktowa

Imię i nazwisko:

Ulica, nr domu (mieszkania):

Kod pocztowy, miejscowość:

Numer telefonu:

Adres e-mail:

Stopień pokrewieństwa:

Pełnomocnictwo: Nie Tak, Imię i nazwisko:

Jak Pan/Pani dowiedział(a) się o nas? Internet Przyjaciele, znajomi Broszury, ulotki Inne:



Dotychczasowa opieka nad Podopiecznym(ą)

Czy przychodzi pielęgniarka?

Tak Nie

Jeżeli odpowiedź na powyższe pytanie była twierdząca proszę odpowiedzieć na poniższe pytania:

Nazwa Instytucji opieki długoterminowej
odpowiedzialnej za podopiecznego

Jak często przychodzi pielęgniarka środowiskowa?

Jakie czynności wykonuje pielęgniarka środowiskowa?

Czy ma pielęgniarka środowiskowa kontynuować
wykonywane czynności?

Tak Nie

Dalsze informacje o podopiecznym

Czy jest konieczność wykonywania
nocnej opieki domowej?

nie tak, ile razy w nocy _____

Cisza nocna:

od ok. godz.: _____ do ok. godz.: _____

Częste nocne wstawanie
podopiecznego:

nie 1-raz 2-3-razy częściej niż 3-razy

Czy mieszka z podopiecznym członkiem
rodziny, np. mąż, żona, dzieci?

nie tak: _____

**Czy osoba zamieszkująca z
Podopiecznym(ą) również
potrzebuje opieki?**

nie tak

Jeżeli na poprzednie pytanie odpowiedziano twierdząco, proszę uzupełnić informacje o tej osobie:

Imię i
nazwisko:

Data urodzenia:

Wiek:

Stopień niepełnosprawności osoby zamieszkałej z Podopiecznym(ą): lekki umiarkowany znaczny

Proszę opisać charakter i osobowość podopiecznego (hobby, rozkład dnia, przyzwyczajenia, indywidualne tradycje):



Stan zdrowia podopiecznego

Aktywność fizyczna:	<input type="checkbox"/> ograniczona aktywność fizyczna spowodowana wiekiem		
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> lekki	<input type="checkbox"/> umiarkowany	<input type="checkbox"/> znaczny
<input type="checkbox"/> Artretyzm (zapalenie stawów)	<input type="checkbox"/> Artroza (choroba zwyrodnieniowa stawów)	<input type="checkbox"/> ALS (stwardnienie zanikowe boczne)	<input type="checkbox"/> Osteoporoza
<input type="checkbox"/> Reumatyzm	<input type="checkbox"/> Trudności w chodzeniu	<input type="checkbox"/> Stwardnienie rozsiane	<input type="checkbox"/> Parkinson
<input type="checkbox"/> Polineuropatia	<input type="checkbox"/> Wysokie ciśnienie	<input type="checkbox"/> Zawał serca	<input type="checkbox"/> Niewydolność serca
<input type="checkbox"/> Operacja serca	<input type="checkbox"/> Niskie ciśnienie	<input type="checkbox"/> Arytmia serca	<input type="checkbox"/> Udar
<input type="checkbox"/> Przewlekłe biegunki	<input type="checkbox"/> Cukrzyca	<input type="checkbox"/> Cukrzyca (Insulina)	<input type="checkbox"/> Dializa
<input type="checkbox"/> Tracheostomia	<input type="checkbox"/> Choroba Crohna	<input type="checkbox"/> Niewydolność nerek	<input type="checkbox"/> Stomia
<input type="checkbox"/> Astma	<input type="checkbox"/> POChP	<input type="checkbox"/> Depresja	<input type="checkbox"/> Samotność
<input type="checkbox"/> Nietrzymanie moczu/kału	<input type="checkbox"/> Stan po wypadku lub upadku	<input type="checkbox"/> Paraliż: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Alergia <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Stan po amputacji: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Odleżyny: <input type="text"/> (położenie i wielkość w cm)	<input type="checkbox"/> Niepełnosprawność: <input type="text"/> (szczegóły)	<input type="checkbox"/> Choroby skóry: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Nowotwór: <input type="text"/> (szczegóły)	<input type="checkbox"/> inne: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Demencja (Jeśli tak, proszę wypełnić dodatkowy kwestionariusz dla Podopiecznych z demencją)	

Dodatkowe informacje:

Sprawność fizyczna Podopiecznego(-ej):

Sprawny(a) Lekka niepełnosprawność Balkonik Wózek inwalidzki Obłożnie chory(a)

Jakie środki pomocnicze posiada Podopieczny(a)?

Balkonik Łóżko pielęgnacyjne Wózek inwalidzki Krzesło toaletowe

Pas do przenoszenia Podopiecznego(-nej) Dźwig do przemieszczania Podopiecznego(-nej) Podwyższenie na toaletę Podwyższenie siedzenia

Dźwig do wanny Schodołaz Aparat słuchowy Proteza zębowa

Okulary Inne środki pomocnicze:



Jaka jest sprawność umysłowa Podopiecznego(-ej) i jego/jej cechy charakteru?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Świadomy(a) | <input type="checkbox"/> Strachliwy(a) | <input type="checkbox"/> Wrażliwy(a) |
| <input type="checkbox"/> Apatyczny(a) | <input type="checkbox"/> Podrażniony(a) | <input type="checkbox"/> Troskliwy(a) |
| <input type="checkbox"/> Obojętny(a) | <input type="checkbox"/> Ostrożny(a) | <input type="checkbox"/> Niepokojny(a) |
| <input type="checkbox"/> Zdezorientowany(a) | <input type="checkbox"/> Wymagający(a) | <input type="checkbox"/> Rządzący(a) |
| <input type="checkbox"/> Agresywny(a) | <input type="checkbox"/> Grymaśny(a) | <input type="checkbox"/> Otwarty(a) |
| <input type="checkbox"/> Skłonny(a) do ucieczki | <input type="checkbox"/> Zapominalski(a) | <input type="checkbox"/> Depresyjny(a) |

Proszę scharakteryzować samodzielność Podopiecznego/ Podopiecznej

Pielęgnacja ciała:	<input type="checkbox"/> Samodzielny(a)	<input type="checkbox"/> Częściowo samodzielny(a)	<input type="checkbox"/> Na polecenie	<input type="checkbox"/> Kompletnie niesamodzielny(a)
Prysznic/Kąpiel:	<input type="checkbox"/> Samodzielny(a)	<input type="checkbox"/> Częściowo samodzielny(a)	<input type="checkbox"/> Potrzebuje pomocy	<input type="checkbox"/> Kompletnie niesamodzielny(a)
Ubieranie /rozbieranie się:	<input type="checkbox"/> Samodzielny(a) (łącznie z zakładaniem butów)		<input type="checkbox"/> Potrzebuje pomocy	<input type="checkbox"/> Kompletnie niesamodzielny(a)
Korzystanie z toalety:	<input type="checkbox"/> Samodzielny(a)		<input type="checkbox"/> Potrzebuje pomocy	<input type="checkbox"/> Kompletnie niesamodzielny(a) (pieluchomajtki)
Mobilność:	<input type="checkbox"/> Samodzielny(a)	<input type="checkbox"/> Potrzebuje pomocy	<input type="checkbox"/> Wózek inwalidzki	<input type="checkbox"/> Podopieczny leżący(a)
Chodzenie po schodach:	<input type="checkbox"/> Samodzielny(a)		<input type="checkbox"/> Potrzebuje pomocy	<input type="checkbox"/> Podopieczny(a) nie chodzi po schodach
Kontrolowanie moczu:	<input type="checkbox"/> Panuje, kontroluje mocz	<input type="checkbox"/> Czasami popuszcza		<input type="checkbox"/> Nie panuje nad oddawaniem moczu
Kontrolowanie stolca:	<input type="checkbox"/> Panuje, kontroluje stolec	<input type="checkbox"/> Czasami popuszcza		<input type="checkbox"/> Nie panuje nad oddawaniem stolca
Zaburzenia żucia i przełykania:	<input type="checkbox"/> Nie ma	<input type="checkbox"/> Limit picia <input type="checkbox"/> Limit żywności	<input type="checkbox"/> Sonda żołądkowa	<input type="checkbox"/> Ma zaburzenia
Problemy z zasypianiem i snem:	<input type="checkbox"/> Nie ma	<input type="checkbox"/> Sporadycznie		<input type="checkbox"/> Zaburzenia z przysypianiem
Aktualne terapie:	<input type="checkbox"/> Nie ma	<input type="checkbox"/> Fizykoterapia	<input type="checkbox"/> Logopedia	<input type="checkbox"/> Inne: _____
Dieta:	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak: _____		



Wymagania i warunki ogólne co do Opiekunki (**dotyczy opieki 24 godzinnej z zamieszkaniem**)

Płeć: Pani Pan Obojętnie

Prawo jazdy: Tak Nie Obojętnie

Warunki mieszkalne (**dotyczy opieki 24 godzinnej z zamieszkaniem**)

Warunki ogólne - położenie: Duże miasto - centralnie Duże miasto - ustronnie
 Małe miasteczko Wieś

Forma mieszkalna: Dom jednorodzinny Dom wielorodzinny Mieszkanie

Możliwość zrobienia zakupów (pieszo): ok. 10 min. ok. 20 min. ok. 40 min. ok. godziny
 dłużej niż godzina

Wyposażenie pokoju opiekunki: Łóżko Stół Szafa Internet
 Radio TV Rower Własna łazienka
Ilość pokoi: _____

Oczekiwania co do opiekunki? (*charakter, osobowość, fizyczne obciążenia*)

Dodatkowe usługi:

Ilość osób mieszkających z podopiecznym:

Zwierzęta: Nie ma Tak, następujące: _____

Gotowanie i przygotowywanie posiłków: Codziennie Raz w tygodniu Po pisemnym uzgodnieniu

Pranie, prasowanie: Codziennie Raz w tygodniu Po pisemnym uzgodnieniu

Asystowanie w wizytach lekarskich: Przy każdej wizycie Po pisemnym uzgodnieniu Nie

Czy jest dodatkowo pani sprzątająca? Nie Tak, przychodzi _____ razy w tygodniu

Skrócone zestawienie usług wykonywanych u Podopiecznego(-ej):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pomoc przy higienie ciała | <input type="checkbox"/> Pomoc przy ubieraniu i rozbieraniu się |
| <input type="checkbox"/> Całodobowa opieka domowa | <input type="checkbox"/> Asystowanie przy wizytach lekarskich |
| <input type="checkbox"/> Pranie i prasowanie | <input type="checkbox"/> Sprząatanie domu/mieszkania |
| <input type="checkbox"/> Gotowanie i przygotowywanie posiłków | <input type="checkbox"/> Robienie zakupów |
| <input type="checkbox"/> Spacer | <input type="checkbox"/> Organizowanie wolnego czasu |



Co jest jeszcze ważne i na co trzeba zwrócić uwagę?

Informacje na temat ochrony danych (EU-DSGVO) i deklaracja zgody na wykorzystanie Państwa danych osobowych

Firma Senes Cura Beata Fischer jest odpowiedzialna za ochronę i bezpieczeństwo Twoich danych. Można się z nami skontaktować pocztą pod tym adresem: ul.Centralna 31/1 44-240 Żory lub pocztą elektroniczną pod adresem info@senes-cura.pl

Dane osobowe podane w naszym kwestionariuszach, w szczególności nazwisko, adres, numer telefonu, dane bankowe, informacje o zdrowiu i dane rodzinne, które są niezbędne i niezbędne wyłącznie w celu realizacji wynikającego z tego stosunku umownego, są gromadzone i przetwarzane na podstawie obowiązujących przepisów prawa (EU-DSGVO). Pragniemy zwrócić uwagę, że przekazujemy Państwa dane naszym partnerom umownym w ramach UE (wschodnioeuropejskim agencjom personalnym), oraz pracownikom w celu wypełnienia naszych zobowiązań umownych, którzy są również zobowiązani do przestrzegania EU-DSGVO.

Zgoda osoby, której dane dotyczą, jest wymagana w przypadku dalszego wykorzystywania danych osobowych i gromadzenia dodatkowych informacji. Zgoda taka może zostać wyrażona dobrowolnie na końcu niniejszego dokumentu.

Obowiązkowe informacje są wymagane przez prawo lub umowę albo są wymagane przez nas w celu zawarcia umowy, świadczenia zamówionej usługi lub w określonym celu. Wskazanie danych wynika oczywiście również z obowiązku podania danych według własnego uznania. Niedopełnienie tego obowiązku może skutkować niewywiązaniem się przez nas z umowy, niewykonaniem usługi lub nieosiągnięciem zamierzonego celu.

Przechowujemy Państwa dane, umowy i związane z nią dokumenty przez 10 lat (§147 Abs. 3 AO), inne listy handlowe i biznesowe przez 6 lat (§257 Abs. 4 HGB). Przechowujemy Państwa dane zebrane w celach reklamowych, dopóki nie sprzeciwi się Państwo temu lub nie odwołają Państwo swojej zgody.

Jeśli spełnione są wymogi prawne, mają Państwo prawo do informacji, sprostowania, usunięcia, zablokowania, ograniczenia przetwarzania, sprzeciwu wobec przetwarzania i przekazywania danych, jak również prawo do złożenia skargi do właściwego organu nadzorującego ochronę danych osobowych w odniesieniu do Państwa danych.

Jeśli chcą Państwo odwołać, ograniczyć lub sprzeciwić się przetwarzaniu Państwa danych osobowych dla celów reklamowych lub ze względu na Państwa szczególną sytuację, w każdej chwili wystarczającą jest krótka wiadomość do nas za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres info@senes-cura.pl lub poczty na powyższy adres.

Naszą politykę prywatności można znaleźć na stronie www.senes-cura.pl

Zgoda na wykorzystanie danych do innych celów

Wyrażam zgodę na następujące cele użytkowania:

Zgadzam się, że Senes Cura Beata Fischer może wysłać mi informacje pocztowe i oferty w celu autopromocji.

PROSZĘ NIE ZAPOMNIEĆ PODPISAĆ!

Data

Imię i nazwisko

Podpis



