

KARTA PODOPIECZNEGO

Aniela Care Sp. z o.o.

Dokument poufny — zawiera dane dotyczące zdrowia

DANE PODOPIECZNEGO

Imię i nazwisko: _____
Data urodzenia: _____ PESEL: _____
Adres zamieszkania: _____
Telefon: _____
Piętro / winda: _____
Kod do domofonu: _____
Sposób dostępu do mieszkania: ☐ Klucze u opiekunki ☐ Otwiera podopieczny ☐ Inne: _____

OSOBA ZGŁASZAJĄCA / KLIENT

Imię i nazwisko: _____
Pokrewieństwo: _____
Telefon: _____
Email (do raportów): _____
Adres zamieszkania: _____

KONTAKTY ALARMOWE

Nr	Imię i nazwisko	Pokrewieństwo	Telefon
1.			
2.			
3.			

Lekarz POZ: _____ tel. _____ Przychodnia: _____

STAN ZDROWIA

Główne rozpoznania / choroby:

Orzeczenie o niepełnosprawności: ☐ Tak, stopień: ☐ znaczny ☐ umiarkowany ☐ lekki | ☐ Nie | ☐ W trakcie

Nr orzeczenia: _____ **Ważne do:** _____

Sprawność ruchowa: - ☐ Samodzielny/a — chodzi bez pomocy - ☐ Chodzi z pomocą (laska, balkonik, osoba towarzysząca) - ☐ Porusza się na wózku inwalidzkim - ☐ Leżący/a — wymaga pomocy przy zmianie pozycji

Sprawność poznawcza: - ☐ W pełni sprawny/a poznawczo - ☐ Łagodne zaburzenia pamięci (zapomina imiona, daty, powtarza pytania) - ☐ Umiarkowana demencja (dezorientacja, błędzenie, trudności w komunikacji) - ☐ Zaawansowana demencja (wymaga stałego nadzoru)

Wzrok: ☐ Prawidłowy ☐ Okulary ☐ Słabowidzący ☐ Niewidomy **Słuch:** ☐ Prawidłowy ☐ Aparat słuchowy ☐ Niedosłyszający ☐ Głuchy **Mowa:** ☐ Prawidłowa ☐ Niewyraźna ☐ Afazja ☐ Nie mówi

LEKI

Nr	Nazwa leku	Dawka	Pora podania	Uwagi
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

Alergie: _____ **Alergie na leki:** _____

DIETA

- ☐ Bez ograniczeń
- ☐ Cukrzycowa
- ☐ Niskosodowa (nadciśnienie)

- ☐ Bezglutenowa
- ☐ Bezlaktozowa
- ☐ Wegetariańska
- ☐ Papkowata / miksowana (problemy z połykaniem)
- ☐ Inna: _____

Ulubione potrawy: _____ **Nie lubi / nie może jeść:**

_____ **Pije alkohol:** [] Nie [] Okazjonalnie [] Regularnie

CODZIENNE POTRZEBY I PREFERENCJE

Higiena: - [] Samodzielna kąpiel/prysznic - [] Wymaga pomocy przy kąpieli - [] Wymaga pełnej pomocy (mycie, ubieranie) - [] Pieluchy/pampersy: [] Nie [] Na noc [] Całodobowo

Posiłki: - [] Gotuje samodzielnie - [] Wymaga pomocy w gotowaniu - [] Wymaga przygotowania posiłków przez opiekunkę - [] Catering / posiłki dostarczane z zewnątrz

Aktywność: - [] Wychodzi samodzielnie z domu - [] Wychodzi z towarzyszeniem - [] Nie wychodzi z domu - Ulubione zajęcia: _____

Sen: - Zasypia ok. godz.: _____ Budzi się ok. godz.: _____ - [] Śpi dobrze [] Budzi się w nocy [] Wymaga pomocy nocnej

BEZPIECZEŃSTWO

Zagrożenia w mieszkaniu: - [] Progi / schody wewnętrzne - [] Śliska podłoga w łazience - [] Brak uchwyty w łazience - [] Kuchenka gazowa (ryzyko zapomnienia) - [] Inne:

Wcześniejsze incydenty: - [] Upadki — kiedy ostatni: _____ - [] Hospitalizacja — kiedy ostatnia: _____ - [] Wezwanie pogotowia — kiedy ostatnie: _____ - [] Dezorientacja / błędzenie — [] Tak [] Nie

Zwierzęta w domu: [] Nie [] Tak: _____

PREFERENCJE DOTYCZĄCE OPIEKI

Preferowana płeć opiekunki: [] Kobieta [] Mężczyzna [] Bez znaczenia

Język komunikacji: ☐ Polski ☐ Ukraiński ☐ Inny: _____

Czy podopieczny wie o planowanej opiece: ☐ Tak ☐ Nie (proszę omówić z koordynatorem)

Dodatkowe informacje / życzenia:

WYBRANY PAKIET I HARMONOGRAM

Pakiet: ☐ Podstawowy ☐ Premium ☐ Komfort ☐ Specjalistyczny

Godziny opieki: - Poniedziałek: od _____ do _____ - Wtorek: od _____ do _____ - Środa: od _____ do _____ - Czwartek: od _____ do _____ - Piątek: od _____ do _____ - Sobota: od _____ do _____ - Niedziela: od _____ do _____

Technologia ANIELA: ☐ Tak ☐ Nie **Opaska zdrowotna:** ☐ Tak ☐ Nie

ZGODY

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, w tym danych dotyczących zdrowia, przez Anielą Care Sp. z o.o. w celu świadczenia usług opiekuńczych zgodnie z RODO.

☐ Wyrażam zgodę na kontakt ze wskazanym lekarzem POZ i placówkami medycznymi w sprawach dotyczących opieki nad podopiecznym.

☐ Wyrażam zgodę na wezwanie pogotowia ratunkowego w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia podopiecznego.

☐ Wyrażam zgodę na przesyłanie raportów z opieki drogą elektroniczną na wskazany adres email.

Data i podpis Klienta

Data i podpis Koordynatora

Kartę wypełniono podczas wizyty domowej w dniu: [_____] Koordynator: [_____]