

DODATKOWY WYWIAD LEKARSKI

1. Dane świadczeniobiorcy

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Adres zamieszkania

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

lub

.....
Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość*

2. Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji (zaznaczyć właściwe, ewentualnie opisać):

1	Przyczyna dysfagii:	a) udar mózgu, przyczyna b) guzy głowy lub szyi c) neuropatie obwodowe d) dystrofia mięśniowa e) stany zapalne jamy ustnej lub gardła f) zaburzenia czynnościowe g) uchyłki przełyku, zapalenie przełyku h) twardzina układowa i) inne przyczyny
2	Założone wkłucia obwodowe	tak / nie Data założenia wkłucia
3	Założony cewnik Foley'a	tak / nie Data założenia cewnika
4	Stomia	tak / nie Data założenia stomii
5	Rurka tracheotomijna	tak / nie Data założenia rurki
6	Sposób odżywiania:	a) naturalny b) inny : ☐ sonda żołądkowa ☐ cewnik do żywienia przemysłowego ☐ gastrostomia ☐ dożylna

7	Rodzaj podawanego pożywienia	a) mix kuchenny b) żywienie przemysłowe – typ, nazwa: c) nie dotyczy
8	Kwalifikacja do żywienia dietą przemysłową	tak / nie
		Data kwalifikacji do żywienia przemysłowego
9	Odleżyny	tak / nie
		Miejsce wystąpienia odleżyny
10	Owrzodzenia skóry	tak / nie
		Miejsce wystąpienia owrzodzeń
11	Inne zmiany skórne	tak / nie
		Rodzaj i miejsce wystąpienia zmian skórnych

Uwaga:

Jeżeli aktualny stan zdrowia pacjenta będzie odbiegał zdecydowanie od deklarowanego w powyższym wniosku może to uniemożliwić przyjęcie go na pobyt w Zakładzie Leczniczo – Opiekuńczym dla Dzieci „BETLEJEM” w Jastrzębiu – Zdroju.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza

* W przypadku braku PESEL