

Vážená klientko, Vážený kliente,

obracíme se na Vás s žádostí o vyplnění dotazníku. Prosíme Vás, vždy zatrhněte pouze jednu možnost, která nejvíce odpovídá Vašemu zdravotnímu stavu. Děkujeme Vám.

DOTAZNÍK OŠETŘOVATELSKÉ ZÁTĚŽE

Titul:	Příjmení:	Jméno:	RČ:	Zdrav. pojišťovna
Adresa trvalého pobytu:			Tel. číslo:	E-mail:
Kontakt na osobu blízkou		Mám dočasnou prac. neschopnost:		
Tel. číslo:	E-mail:	<input type="checkbox"/> ano Vystavena dne: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> budu potřebovat vystavit při přijetí do RÚ		
Praktický lékař		kontakt:		
Jméno:				

Najedení, napití: <input type="checkbox"/> samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> nezvládnou vůbec <input type="checkbox"/> jiný způsob příjmu jídla/tekutin: zahušťovaná strava, dysfagická dieta, výživová sonda - PEG, nasogastrická sonda, nebo napište:	Osobní hygiena: <input type="checkbox"/> samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> nezvládnou vůbec Sprchování/ koupání: <input type="checkbox"/> samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> nezvládnou vůbec
Oblékání: <input type="checkbox"/> samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> nezvládnou vůbec	Problémy s udržení moči: <input type="checkbox"/> nemám žádné problémy <input type="checkbox"/> mám občasné problémy <input type="checkbox"/> mám trvalé problémy Problémy s udržení stolice: <input type="checkbox"/> nemám žádné problémy <input type="checkbox"/> mám občasné problémy <input type="checkbox"/> mám trvalé problémy <u>Pokud máte problém, zatrhněte, jaké pomůcky používáte:</u> <input type="checkbox"/> pleny <input type="checkbox"/> močová cévka <input type="checkbox"/> stomický sáček <input type="checkbox"/> inkontinentní vložka
Použití WC: <input type="checkbox"/> samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> nezvládnou vůbec	
Pohyb mimo lůžko: <input type="checkbox"/> samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> nezvládnou vůbec	
Přesuny z lůžka na židli/vozik/ do sedu/ do stoje: <input type="checkbox"/> samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> nezvládnou vůbec	Chůze po rovině: <input type="checkbox"/> samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> nezvládnou vůbec Chůze po schodech: <input type="checkbox"/> samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> nezvládnou vůbec
Spánek: <input type="checkbox"/> bez potíží <input type="checkbox"/> užívám léky na spaní <input type="checkbox"/> mám velké potíže s chrápáním, mohl bych rušit ostatní pacienty <input type="checkbox"/> kyslíková či jiná terapie na noc, při syndromu spánkové apnoe	

REHABILITAČNÍ ÚSTAV BRANDÝS NAD ORLICÍ

příspěvková organizace Pardubického kraje



Používám tyto kompenzační pomůcky: <input type="checkbox"/> vycházková hůl <input type="checkbox"/> chodítko <input type="checkbox"/> 1x francouzská hůl <input type="checkbox"/> dlahy <input type="checkbox"/> 2x francouzská hůl <input type="checkbox"/> berle <input type="checkbox"/> invalidní vozík <input type="checkbox"/> brýle <input type="checkbox"/> naslouchátko <input type="checkbox"/> jiné (ortéza, protéza) Pomůcku zvládnou: <input type="checkbox"/> samostatně <input type="checkbox"/> s nutnou pomocí	Řeč, komunikace: <input type="checkbox"/> bez potíží <input type="checkbox"/> s komunikační pomůckou: např. písemné tabulky, čísla, kartičky, jiné pomůcky: <input type="checkbox"/> využívám jiný komunikační systém Rozumí mluvenému slovu: <input type="checkbox"/> rozumí <input type="checkbox"/> nerozumí		
Stav kůže: <input type="checkbox"/> normální, bez podlitin, oděrek, otevřených ran <input type="checkbox"/> mám ekzém, opruzeniny, zhojenou operační ránu <input type="checkbox"/> mám poraněnou kůži, podlitiny, nedohojenou pooperační ránu, bérkový vřed, proleženinu			
Bylo v minulosti realizováno psychologické vyšetření? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne			
Jste nebo byl/a jste v minulosti v péči psychiatra nebo klinického psychologa? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne			
Omezení hybnosti končetin: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne			
Poruchy vidění: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne			
Dietní omezení doporučené lékařem: Alergie: <input type="checkbox"/> ano, doplňte: <input type="checkbox"/> ne			
Váha:	kg	Výška:	cm
Vaše požadavky spojené s ubytováním, termínem nástupu apod. (viz informace pro pacienty) uveďte zde:			

Datum:

Podpis: