

Karta Informacyjna Pacjenta

Imię i nazwisko					
Data urodzenia					
Miejsce świadczenia usługi <small>(adres zamieszkania, ulica, numer domu, numer mieszkania)</small>					
Kod pocztowy					Miejscowość:
PESEL					
Numer telefonu Pacjenta					
Numer IMEI opaski					
Czułość detektora upadku <small>(1-najmniejsza, 5-najmocniejsza czułość)</small>	1	2	3	4	5
Telefon osoby upoważnionej w przypadku zagrożenia zdrowia i życia <small>wraz z imionami, nazwiskami oraz stopniami pokrewieństwa. Osoby te będą upoważnione do wglądu oraz uzyskania kopii dokumentacji medycznej.</small>	WZÓR				
Telefon do osoby posiadającej klucz do mieszkania <small>wraz z imionami, nazwiskami oraz stopniami pokrewieństwa</small>	WZÓR				
Opis lokalu mieszkalnego wraz z dojazdem; bariery architektoniczne	WZÓR				
Nazwa oraz adres przychodni lekarza POZ					
Telefon do rejestracji POZ					
Imię i nazwisko lekarza POZ					
Osoba wychodząca z domu	Tak / Nie				
Kod do domofonu					
Miejsce przechowywania leków					
Miejsce przechowywania dokumentacji medycznej					

W PRZYPADKU PISMA ODREČNEGO PROSZĘ O WYPEŁNIENIE KARTY WIELKIMI LITERAMI

Określenie stanu zdrowia oraz ocena samodzielności Pacjenta	Poruszanie się	Osoba chodząca	Stan skóry	Czystość
		Osoba chodząca za pomocą osób drugih		odleżyny
		Osoba poruszająca się o balkoniku, kulach		otarcia
		Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim		grzybica
		Osoba leżąca		rany przewlekłe
	Słuch	Dobry	Wzrok	Dobry
		niedosłuch		niedowidzenie
		głuchota		osoba niewidoma
	Spożywanie posiłków	Samodzielnie	Funkcje fizjologiczne	Samodzielnie
		przy pomocy osoby drugiej		pampersy
		PEG		cewnik
		przez zgłębnik		
Dieta, alergie pokarmowe				
Dokładny opis problemów zdrowotnych, schorzenia pacjenta jeśli Pacjent posiada karty informacyjne z leczenia szpitalnego, zaświadczenia lekarskie, proszę podać również rozpoznania ICD10		WZÓR		
Sprawność umysłowa (np. zaniki pamięci, depresja, agresja)				
Nałogi				
Zwierzęta domowe				
Schemat dnia				
Inne				

W PRZYPADKU PISMA ODRĘCZNEGO PROSZĘ O WYPEŁNIENIE KARTY WIELKIMI LITERAMI

Oświadczam, iż powyższe dane są zgodne z prawdą oraz oświadczam, iż nie zataiłam/em żadnych istotnych informacji o stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia, podanych podczas wypełniania Karty Informacyjnej Pacjenta.

.....
Data i podpis podopiecznego,
opiekuna prawnego lub pełnomocnika

Karta Leków Pacjenta

wypełnić w przypadku braku miejsca w Karcie Informacyjnej Pacjenta

Imię i nazwisko											
PESEL											

Dawkowanie w miarę możliwości proszę wpisywać w formacie RANO-POPOŁUDNIE-WIECZÓR np. 1-U-U lub opisowo np. zastrzyk co sobotę.
Pomocnym narzędziem do wpisania poprawnej nazwy leku, mocy czy też typu tabletki jest wyszukiwarka pod adresem http://grupa-infomedic.pl/sti_api/lek

LP	Nazwa leku	Moc leku	Dawkowanie			Dodatkowe informacje
			RANO	PO POŁUDNIU	WIECZOREM	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

W PRZYPADKU PISMA ODRĘCZNEGO PROSZĘ O WYPEŁNIENIE KARTY WIELKIMI LITERAMI

Oświadczam, iż powyższe dane są zgodne z prawdą oraz oświadczam, iż nie zataiłam/em żadnych istotnych informacji o stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia, podanych podczas wypełniania Karty Leków Pacjenta.

.....
Data i podpis podopiecznego,
opiekuna prawnego lub pełnomocnika