**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY KLIENTA**

**ZLECENIODAWCA:**

Nazwisko: …………………………………………………………………………………………………

Imię: …………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: …………………………………………………………………………………………………

Adres do korespondencji: …………………………………………………………………………………………………

Tel.: …………………………………………………………………………………………………

e-mail: ………………………………………………………………………………………...........

nr r-ku bankowego: ………………………………………………………………………………………………...

**PODOPIECZNY:**

Nazwisko: …………………………………………………………………………………………………

Imię: …………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia: …………………………………………………………………………………………………

Wiek: …………………………………………………………………………………………………

Wzrost: ………………………………………………………………………………………...........

Waga: …………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: …………………………………………………………………………………………………

Tel.: ………………………………………………………………………………………………...

Lekarz rodzinny Tel: …………………………………………………………………………………………………

**OGÓLNY STAN PODOPIECZNEGO**

1. Budowa ciała

🞎 Wychudzona 🞎 Normalna 🞎 Szczupła 🞎 Otyła

1. Schorzenia

🞎 Brak 🞎Umiarkowane 🞎 Przewlekłe

1. Stopień niepełnosprawności

🞎 Lekki 🞎 Umiarkowany 🞎 Znaczny

1. Przyjmowane leki

🞎 Brak 🞎 Doraźnie 🞎 Regularnie 🞎 Po uzgodnieniu ze specjalistą

Szczegółowe potrzeby ……………………………………………………………………………………………………………………..

1. Sprzęt medyczny

🞎 Brak 🞎 Ortopedyczny 🞎 Internistyczny 🞎 Rehabilitacyjny

Sprzęt używany …………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Medyczne środki higieny

🞎 Tak 🞎 Nie

Jeśli tak, proszę podać jakie ………………………………………………………………………………………………………….

1. Ograniczenia

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MOWA** | **SŁUCH** | **MOBILNOŚĆ** |
| 🞎 BRAK  🞎 LEKKIE  🞎 ZNACZNE | 🞎 BRAK  🞎 LEKKIE  🞎 ZNACZNE | 🞎 BRAK  🞎 W ASYŚCIE  🞎 SAMODZIELNE |

**FUNKCJONOWANIE PODOPIECZNEGO W GOSPODARSTWIE DOMOWYM I OTOCZENIU**

1. Odżywianie

🞎 Samodzielne 🞎 Z pomocą 🞎 Specjalne 🞎 Dieta

Szczegółowy opis ………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Przygotowywanie posiłków

🞎 Samodzielne 🞎 Z pomocą 🞎 Przez osoby trzecie

1. Obsługa urządzeń gospodarstwa domowego

🞎 Brak 🞎 Z pomocą 🞎 Samodzielnie

1. Obsługa środków komunikacji publicznej

🞎 Brak 🞎 Z pomocą 🞎 Samodzielnie

1. Wychodzenie z domu

🞎 Tak 🞎 Nie

1. Kontakt z otoczeniem (znajomi, rodzina)

🞎 Tak 🞎 Nie

Szczegółowy opis ………………………………………. ………………………………………………………………………………………….

1. Załatwianie spraw urzędowych

🞎 Samodzielnie 🞎 Z pomocą 🞎 Rodzina

1. Wizyty lekarskie

🞎 Samodzielnie 🞎 Z pomocą rodziny 🞎 Z pomocą opiekuna

🞎 Inne

Jeśli inne, to ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Uwagi/spostrzeżenia/zalecenia rodziny

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………

(podpis zleceniodawcy)

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie dla potrzeb firmy DOMIVITA24, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych. (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz.926 ze zm.)*