

**Allgemeine Angaben der Kontaktperson:**

***Dane osoby do kontaktu***

Name und Vorname ………………………………………………………………………………………………………………………

*Imię i nazwisko*

Straße und Hausnummer ………………………………………………………………………………………………………………

*Ulica i numer domu*

PLZ und Ort …………………………………………………………………………………………………………………………………..

*Kod pocztowy i miejscowość*

Verwandtschaftsgrad ……………………………………………………………………………………………………………………

*Stopień pokrewieństwa*

Telefonnummer ……………………………………………………………………………………………………………………………

*Numer telefonu*

E-Mail …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

*Adres Email*

**Allgemeine Angaben des Patienten:**

*Ogólne informacje o pacjencie*

Name und Vorname ………………………………………………………………………………………………………………………

*Imię i nazwisko*

Straße und Hausnummer ………………………………………………………………………………………………………………

*Ulica i numer domu*

PLZ und Ort …………………………………………………………………………………………………………………………………..

*Kod pocztowy i miejscowość*

Geburtsdatum ……………………………………………………………………………………………………………………………….

*Data urodzenia*

Gewicht ……………….…………….

*Waga*

Größe …………………………………

*Wzrost*

Geschlecht □ weiblich □ männlich

*Płeć kobieta mężczyzna*

Pflegegrad □ keiner □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 □ wurde beantragt

*Stopień opiekuńczy brak* *złożony wniosek*

Mobilität □ selbstständig

*Poruszanie się samodzielnie*

□ leicht gehbehindert

*niewielkie problemy z chodzeniem*

□ Rollator

*chodzik*

□ Rollstuhl

*wózek inwalidzki*

□ bettlägerig

*pacjent leżący*

Treppensteigen □ selbstständig

*Pokonywanie schodów samodzielnie*

□ mit Unterstützung

*z pomocą*

□ nicht möglich

*niemożliwe*

Diagnosen □ Demenz □ fortgeschrittene Demenz □ Alzheimer

*Diagnoza demencja zaawansowana demencja Alzheimer*

□ Diabetes (Tabletten) □ Diabetes (Spritzen) □ Dekubitus

*cukrzyca (tabletki) cukrzyca (zastrzyki) odleżyny*

□ Schlaganfall □ Herzinfarkt □ Asthma

*udar mózgu zawał serca astma*

□ Osteoporose □ Herzrhythmusstörungen □ Rheuma

*osteoporoza zaburzenia rytmu serca reumatyzm*

□ Hypertonie □ chronische Durchfälle □ Stoma

*nadciśnienie tętnicze chroniczne biegunki stomia*

□ Sprachstörung □ Sehstörung □ Hörstörung

*zaburzenie mowy zaburzenie wzroku nioedosłuch*

□ Herzinsuffizienz □ Mult. Sklerose □ Tumore

*niewydolność serca stwardnienie rozsiane nowotwór*

□ Depression □ Inkontinenz □ Parkinson

*depresja* *inkontynencja parkinson*

Bemerkungen □ Aggressivität

*Spostrzeżenia agresja*

□ psychische Störungen

*zaburzenia psychiczne*

□ ansteckende Krankheit

*choroba zakaźna*

□ Allergie gegen ………………………………………………………………………………………….

*alergia na*

□ Sonstige ……………………………………………………………………………………………………

*inne*

Orientierung Örtlich □ Ja

*Orientacja* *przestrzenna tak*

□ Temporär

*występują zaburzenia*

□ sehr eingeschränkt

*bardzo ograniczona*

Zeitlich □ Ja

*czasowa tak*

□ Temporär

*występują zaburzenia*

□ sehr eingeschränkt

*bardzo ograniczona*

Hilfsmittel □ Windeln

*Środki pomocnicze pampersy*

□ Vorlagen

*pieluchomajtki*

□ Katheter

*cewnik*

Essen/Trinken □ selbstständig

*Jedzenie/picie samodzielnie*

□ mit Unterstützung

*z pomocą*

□ komplett Hilfsbedürftig

wymaga karmienia

Schluckstörungen □ Keine

*Problemy z przełykaniem brak*

□ Störungen

*zaburzenia*

□ PEG-Sonde

*sonda PEG*

□ Nahrungskarenz

*niedomiar lub brak przyjmowania pokarmów*

□ Trinkkarenz

*niedomiar lub brak przyjmowania napojów*

Diät bzw. Speiseplan:

*Dieta lub jadłospis*

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

Einschlafen und Durchschlafen □ problemlos

*Zasypianie i przesypianie nocy bezproblemowe*

□ sporadische Störungen

*sporadyczne zaburzenia*

□ Schlaf-wach-Rhythmus gestört

*zaburzony rytm snu*

Nachteinsätze □ keine

*Wstawanie w nocy brak*

□ sporadisch

*sporadycznie*

□ mehr als drei Einsätze pro Nacht

*więcej niż trzy razy w ciągu nocy*

Bitte beschreiben Sie die Charaktereigenschaften und das Wesen des Patienten:

*Proszę opisać cechy charakteru i osobowość pacjenta*

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

Hobbys bzw. Interessen:

*Hobby lub zainteresowania*

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

Gewünschter Starttermin: ………………………………………………………………………………………………………………….

*Wnioskowany termin przyjęcia pacjenta*

Aufenthaltsdauer □ Langzeitaufenthalt

*Długość pobytu pobyt długoczasowy*

□ Kurzzeitaufenthalt

*pobyt krótkoczasowy*

□ Rehabilitationsaufenthalt

*pobyt rehabilitacyjny*

Zimmer □ 1-Bett-Zimmer

*Pokój jednoosobowy*

□ 2-Bett-Zimmer

*dwuosobowy*

Krankenkasse: …………………………………………………………………………………………………………………………………

*Kasa chorych*