

**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*