



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

Płeć

weiblich

kobieta

männlich

mężczyzna

<p>Pflegegrad <i>Stopień opiekuńczy</i></p>	<input type="checkbox"/> keiner <i>brak</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> wurde beantragt <i>złożony wniosek</i>
<p>Mobilität <i>Poruszanie się</i></p>	<input type="checkbox"/> selbstständig <i>samodzielnie</i>						
	<input type="checkbox"/> leicht gehbehindert <i>niewielkie problemy z chodzeniem</i>						
	<input type="checkbox"/> Rollator <i>chodzik</i>						
	<input type="checkbox"/> Rollstuhl <i>wózek inwalidzki</i>						
	<input type="checkbox"/> bettlägerig <i>pacjent leżący</i>						
<p>Treppensteigen <i>Pokonywanie schodów</i></p>	<input type="checkbox"/> selbstständig <i>samodzielnie</i>						
	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung <i>z pomocą</i>						
	<input type="checkbox"/> nicht möglich <i>niemożliwe</i>						
<p>Diagnosen <i>Diagnoza</i></p>	<input type="checkbox"/> Demenz <i>demencja</i>	<input type="checkbox"/> fortgeschrittene Demenz <i>zaawansowana demencja</i>	<input type="checkbox"/> Alzheimer <i>Alzheimer</i>				
	<input type="checkbox"/> Diabetes (Tabletten) <i>cukrzyca (tabletki)</i>	<input type="checkbox"/> Diabetes (Spritzen) <i>cukrzyca (zastrzyki)</i>	<input type="checkbox"/> Dekubitus <i>odleżyny</i>				
	<input type="checkbox"/> Schlaganfall <i>udar mózgu</i>	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt <i>zawał serca</i>	<input type="checkbox"/> Asthma <i>astma</i>				
	<input type="checkbox"/> Osteoporose <i>osteoporoza</i>	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen <i>zaburzenia rytmu serca</i>	<input type="checkbox"/> Rheuma <i>reumatyzm</i>				
	<input type="checkbox"/> Hypertonie <i>nadciśnienie tętnicze</i>	<input type="checkbox"/> chronische Durchfälle <i>chroniczne biegunki</i>	<input type="checkbox"/> Stoma <i>stomia</i>				
	<input type="checkbox"/> Sprachstörung <i>zaburzenie mowy</i>	<input type="checkbox"/> Sehstörung <i>zaburzenie wzroku</i>	<input type="checkbox"/> Hörstörung <i>nioedostuch</i>				
	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz <i>niewydolność serca</i>	<input type="checkbox"/> Mult. Sklerose <i>stwardnienie rozsiane</i>	<input type="checkbox"/> Tumore <i>nowotwór</i>				
	<input type="checkbox"/> Depression <i>depresja</i>	<input type="checkbox"/> Inkontinenz <i>inkontynencja</i>	<input type="checkbox"/> Parkinson <i>parkinson</i>				

Bemerkungen
Spostrzeżenia

- Aggressivität
agresja
- psychische Störungen
zaburzenia psychiczne
- ansteckende Krankheit
choroba zakaźna
- Allergie gegen
alergia na
- Sonstige
inne

Orientierung
Orientacja

Örtlich
przestrzenna

- Ja
tak
- Temporär
występują zaburzenia
- sehr eingeschränkt
bardzo ograniczona

Zeitlich
czasowa

- Ja
tak
- Temporär
występują zaburzenia
- sehr eingeschränkt
bardzo ograniczona

Hilfsmittel
Środki pomocnicze

- Windeln
pampersy
- Vorlagen
pieluchomajtki
- Katheter
cewnik

Essen/Trinken
Jedzenie/picie

- selbstständig
samodzielnie
- mit Unterstützung
z pomocą
- komplett Hilfsbedürftig
wymaga karmienia

- Schluckstörungen Keine
Problemy z przetykaniem 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
Zасыpianie i przesypanie 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

Długość pobytu

Langzeitaufenthalt

pobyt długoczasowy

Kurzaufenthalt

pobyt krótkoczasowy

Rehabilitationsaufenthalt

pobyt rehabilitacyjny

Zimmer

Pokój

1-Bett-Zimmer

jednoosobowy

2-Bett-Zimmer

dwuosobowy

Krankenkasse:

Kasa chorych