



KARTA INFORMACYJNA UŻYTKOWNIKA OPASKI

Dane osobowe Użytkownika

Imię	Nazwisko
PESEL/dokument tożsamości	Telefon kontaktowy
Adres	Numer seryjny opaski

Dane osoby kontaktowej

Imię*	Klucz	Tak ☐	Nie ☐
Nr telefonu #1*	Nr telefonu #2*		
Inne			

Wywiad środowiskowy

Czy mieszka Pan/Pani sam/a?	Tak ☐	Nie ☐
Czy mieszka Pan/Pani w:	Tak ☐	Nie ☐
Czy budynek posiada windę?	Tak ☐	Nie ☐
Czy aby dostać się do mieszkania, trzeba pokonać schody?	Tak ☐	Nie ☐
Czy w mieszkaniu znajduje się piecyk gazowy	Tak ☐	Nie ☐
Czy w mieszkaniu może Pan/Pani liczyć na pomoc sąsiadów?	Tak ☐	Nie ☐
Czy w okolicy jest dostęp do sklepów, komunikacji miejskiej?	Tak ☐	Nie ☐
Czy w mieszkaniu/domu znajduje się pudełko/koperta życia?	Tak ☐	Nie ☐

(Proszę o wskazanie miejsca)

Ocena stopnia samodzielności

Czy potrzebuje Pan/Pani pomocy przy codziennych czynnościach?	Tak ☐	Nie ☐
Czy robi Pan/Pani samodzielnie zakupy, chodzi do lekarza?	Tak ☐	Nie ☐
Czy spotyka się Pan/Pani ze znajomymi?	Tak ☐	Nie ☐
Czy występują u Pana/Pani trudności w mówieniu, pisaniu?	Tak ☐	Nie ☐
Czy ma Pan/Pani problemy z pamięcią?	Tak ☐	Nie ☐
Czy dobrze Pan/Pani słyszy?	Tak ☐	Nie ☐
Czy używa Pan/Pani aparatu słuchowego?	Tak ☐	Nie ☐
Czy ma Pan/Pani problemy ze wzrokiem?	Tak ☐	Nie ☐

Sprawność fizyczna

sprawny fizycznie	Tak ☐	Nie ☐
kule/laska	Tak ☐	Nie ☐
balkonik	Tak ☐	Nie ☐
wózek inwalidzki	Tak ☐	Nie ☐
osoba leżąca	Tak ☐	Nie ☐

Wywiad medyczny

Ogólne samopoczucie Użytkownika?

Dobre ☐

Średnie ☐

Złe ☐

Stan zdrowia Użytkownika?

Jest zdrowy ☐

Choroba wieńcowa ☐

Nadciśnienie tętnicze ☐

Zaburzenia pracy serca ☐

Rozrusznik ☐

Niewydolność serca ☐

Stan po udarze mózgu ☐

Niedowłady ☐

Chorobę Parkinsona ☐

Padaczka ☐

Omdlenia/upadki ☐

Operacje biodra ☐

Operacje w obrębie czaszki ☐

Depresja ☐

Cukrzyca ☐

Problemy z przewodem ☐

pokarmowym

Choroba nowotworowa ☐

Kłopoty z oddychaniem ☐

Astma oskrzelowa ☐

POCHP ☐

Czy użytkownik przebył COVID-19? Tak ☐ Nie ☐

Czy użytkownik został zaszczepiony przeciw COVID-19? Tak ☐ Nie ☐

Obecnie przyjmowane przez Użytkownika leki (nazwa oraz miejsce przechowywania)

Uczulenia, nietolerancje

Istotne informacje na temat stanu zdrowia Użytkownika

Podpis Użytkownika

