



Doküman Kodu: ES.FR.017

Yayın Tarihi: 15.09.2021

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No: 0

Sayfa: 1 / 1

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı:		Protokol No:	
Cinsiyet		T.C. Kimlik No:	
Yaş:		Kullandığı Dil:	
Kilo:		İşi ya da Mesleği:	
Boy:		Eğitim Durumu:	
Son muayene tarihi:		Çocuk Sayısı:	
Adres:	Telefon:		

Başvuru/Bakım/Gelir/Yardım Bilgileri

Başvuru Şekli ve Başvuruyu Yapan			Bakım ve Destek İhtiyacı	
Telefonla	Birime Gelerek	Komisyon	Evet	Tıbbi Bakım
Kendi				Sosyal Hizmet
Yakını				Destek ve Yardım
Komşusu		Hayır		Bakım ve Destek İhtiyacı Yok
Sosyal Güvence			Gelir Durumu	
GSS	Özel Sigorta		Maaş Alıyor	Geliri Yok
Yeşil Kart	Ücretli		Sosyal Yardım	
Diğer			Diğer	

Yaşam Alanı

Ev	Konut Tipi	Isınma	Aydınlanma
	Kaldığı Oda	Banyo/ WC	Ev Hijyeni
Huzur Evi		Diğer	

Kişisel Günlük İhtiyaçları/Alışkanlıkları/ Kronik Hastalıklar/ İlaçlar

Yatağa Bağımlılık			Bilinç Durumu			
Tam Bağımlı	Yarı Bağımlı	Bağımsız	Açık	Konfüze	Kapalı	Diğer

Kişisel Bakım**Kullandığı Yardımcı Araçlar**

Kendisi	Ailesi	Bakıcı	Teker. Sand.	Yürüteç	WC Yükseltici
Diğer			Koltuk değneği	Diğer	

Güvenlik**Beslenme****Alışkanlıklar**

Uygun	Uygun Değil	Uygun	Uygun Değil	Alkol	İlaç
				Sigara	Diğer

Alerji**Sürekli Kullandığı Protezler**

Var	Yok	Diş	Gözlük	Lens
		İşitme Cihazı	Kalp Pili	Kapakçık
		Diğer		

Ailesel Hastalık**Sürekli Kullandığı İlaçlar**

1-

Kronik Hastalık	2-	4-	6-
Geçirilen Hastalıklar	3-	5-	7-
	8-	9-	10-

Bulaşıcı Hastalık

Var

Yok

Hastalık Türü