



Doküman Kodu: ES.FR.031 Yayın Tarihi: 15.09.2021 Revizyon Tarihi: - Revizyon No: 0 Sayfa: 1 / 1

Yaşlı Bireyin Kimlik Numarası:	Sağlık Tesisi:
Yaşlı Bireyin Adı ve Soyadı:	YAŞAM Ekip Numarası:
Hastanın Doğum Tarihi:	Yaşlı Bireyin Kaçınıcı Ziyareti:
Yaşlı Bireyin Cinsiyeti: Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/>	Ziyaret Türü: Yerinde/evinde <input type="checkbox"/> Görüntülü Uzaktan Sağlık Hizmeti <input type="checkbox"/>

Yaşlı Bireyin Talepleri Nelerdir?(Varsa)
--

Değerlendirme Sonucu:
-----------------------

Yaşlı Bireyin Bağımlılık Durumu ve Puanı:	Bir Sonraki Randevu Tarihi:
---	-----------------------------

Bir Sonraki Ziyareti Yapacak Olan Sağlık/Meslek Mensupları:
---

Yaşlı Bireyin Bakım ve Sosyal Hizmet İhtiyacı (Varsa):
--

Yaşlı Bireyin Konsültasyon İhtiyacı (Varsa):
--

Yaşlı Bireyin Sağlık Tesisine Nakil İhtiyacı (Varsa):
---

Sürekli Kullandığı İlaç/Tıbbi Cihaz/Ortez/Protez (varsa):
---

Formu Düzenleyen Kişi Diploma No-Kaşe/Sicil No Ad-soyad-Tarih-İmza
--