Prokalite (Logonuz Burada)	**Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)** SOSYAL HİZMET BİRİMİ HASTA DEĞERLENDİRME FORMU			
Doküman Kodu: YB.FR.004	Yayın Tarihi: 24.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

Tarih:

Hastanın Adı Soyadı: Protokol Numarası: Doğum Tarihi: Yattığı Salon: Tanı: Planlanan Taburculuk Tarihi:	
Sosyal Çalışmacı Değerlendirmesi (Bu Bölüm Sosyal Çalışmacı Tarafından Doldurulacaktır)	
Hastanın Sağlık Güvencesi-Mesleği	
Hastanın Barınma Durumu	□ Tek Başına □ Tek Başına □ Ailesiyle □ Ailesiyle □ Huzur □ Bakım □ Bimekan Kendine Ait Evde Yaşıyor Kira Karşılığı Bir Evde Yaşıyor Birlikte Kendi Evinde Yaşıyor Birlikte Kira Karşılığı Bir Evde Yaşıyor Evinde Kalıyor Merkezinde Kalıyor
Hastanın Gelir Düzeyi	□ Düşük □ Orta □ Yüksek
Ailenin Toplam Gelir Düzeyi	□ Düşük □ Orta □ Yüksek
Aynı Hanede Yaşayan Kişi Sayısı	
Aile Bireyleri İle Görüşme Sıklığı	□ Hiç □ Nadiren □ Ara Sıra □ Sık □ Çok Sık
Hastanın Bakıma Muhtaçlık Durumu	□ Tamamen Bakıma Muhtaç □ Kısmi Bakıma Muhtaç □ Bağımsız
Bakım Verenin Yakınlık Derecesi	Bağımsız 1.Derece Akrabası 2.Derece Akrabası Profesyonel Bakıcı □ □ □ □
Hastanın İhtiyaç Duyabileceği Sosyal Hizmet Modeli	□ Yok □ Sosyo-Ekonomik Destek □ Barınma Desteği □ Diğer
Hastanın Evde Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Durumu	□ Hizmet Alıyor □ Bilgilendirildi/Yönlendirildi
Müdahale Planı	Cihaz/Tıbbi Malzeme Temin Süreci Başlatılmıştır. □ □ Sosyal Destek Kurumlarına Yönlendirme Yapılmıştır. □ Psikososyal Destek İhtiyacı Değerlendirilmiş Destek Sağlanmıştır. □ Bakım Süreci Hakkında Aileye Eğitim Verilmiştir. □ Müdahale Gerektiren Sosyal Hizmet İhtiyacı Saptanmamıştır. Diğer □
Görüşmeyi Yapan Sosyal Çalışmacı Adı Soyadı: İmza:	Görüşme Yapılan Hasta Yakını Adı Soyadı: İmza: Yakınlık Derecesi: Eğitim Durumu: Telefon No: