

Szanowni Państwo,
*Prosimy o wypełnienie formularza, analiza danych pozwoli nam w jeszcze
większym stopniu dostosować się do Państwa oczekiwań.*

INFORMACJA O PODOPIECZNYM

kobieta **mężczyzna**

Nazwisko: Imię:

ulica:..... Miasto:

Tel.-Nr. tel.Kom:.....

wzrost: waga: data urodzenia:.....

I. **Opis podopiecznego i stan zdrowia (choroby, charakter, przyzwyczajenia) :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

a) Problemy z komunikacją:

Wymowa : brak umiarkowany duży problem

Słuch: brak umiarkowany duży problem

Wzrok: brak umiarkowany duży problem

Korzysta z : Aparat słuchowy Okulary

b) Problemy z orientacją:

Czas: nie ma tak czasami duży problem

Miejsce: nie ma tak czasami duży problem

Osoby: nie ma tak czasami duży problem

c) Poruszanie się:

samodzielnie ze wsparciem na wózku inwalidzkim osoba leżąca

inne :

.....

.....

d) Higiena ciała/ mycie:

samodzielnie potrzebuje pomocy kompletna pomoc

mycie : dziennie

prysznic: w tygodniu

kąpiel w wannie: w tygodniu

e) Ubieranie / rozbieranie:

samodzielnie potrzebuje pomocy kompletna pomoc

inne :

.....

f) Kontrola wydalania moczu/kału :

- pełna kontrola średnia kontrola inkontynencja

z jakich środków pomocniczych korzysta podopieczny :

.....

g) Spożywanie pokarmów / napoje

- samodzielnie potrzebuje pomocy dieta kompletna pomoc

śniadanie : godz. obiad : godz. kolacja:godz.

inne :

.....

II. Preferowany zakres obowiązków opiekuna :

- podstawowa opieka – pomoc w zakresie higieny i pielęgnacji ciała, kontrola i pomoc przy czynnościach fizjologicznych, pilnowanie zażywania leków, ubieranie, pomoc przy karmieniu, pomoc przy poruszaniu się,
- pomoc w realizacji codziennych czynności – zakupy, przygotowywanie posiłków, prasowanie i pranie, wymiana pościeli,
- utrzymanie czystości w miejscu świadczenia usług pomieszczeń codziennego użytku podopiecznego – (sprzątanie odkurzaczem, mopem, szczotką, ścieranie kurzu, odpowiednimi środkami czyszczącymi),
- dotrzymywanie towarzystwa podopiecznemu (czytanie książek, gazet, wspólne spędzanie czasu, spacer, wizyta u lekarza),
- ogrzewanie mieszkania – z wyłączeniem zaopatrywania i napełniania urządzeń grzewczych wszystkich rodzajów. Prosta obsługa urządzeń jest dozwolona tylko po udzieleniu dokładnych wskazówek przez zamawiającego,
- opieka nad zwierzętami domowymi

Inne czynności, które powinien wykonywać opiekun osoby starszej:

.....

.....

.....

III. Oczekiwane kompetencje kandydata :

1. Preferowane wykształcenie kandydata:

- Podstawowe Zasadnicze Średnie Wyższe
- Nie ma znaczenia

2. Prawo jazdy:

- Wymagane Opcjonalne Nie ma znaczenia

3. Kurs opiekuna osoby starszej:

- Wymagany Opcjonalny Nie ma znaczenia

4. Doświadczenie / Referencje:

- Wymagane Opcjonalne Nie ma znaczenia

Państwa dane kontaktowe:

Nazwisko: Imię:

ulica:..... Miasto:

Tel.-Nr. e-mail:.....

Moim podpisem poświadczam, że podane przez mnie informacje w formularzu są zgodne z prawdą.

Zgadzam się na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym kwestionariuszu, dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu zamówionej usługi opiekuńczej (zgodnie z ustawą z dn.29.08.97 o Ochronie Danych Osobowych Dz. Ust nr 133 pozycja 883). Jednocześnie oświadczam, iż znane mi są przepisy o odpowiedzialności karnej za poświadczenie nieprawdy (art. 271 § 1 k.k.).

(data)	(podpis)

W przypadku pytań proszę o kontakt:

tel.stacj.: +48 89 672 70 60

tel. kom. +48 793 190 274

e-mail: laura-profi@wp.pl

Laura-PROFI®