

Анкета поступающего

Ф.И.О. клиента _____

Дата рождения клиента _____

Семейное положение (нужное подчеркнуть): Женат/Замужем; Вдовец/Вдова

Ф.И.О. Супруга _____

Место прописки клиента

Место постоянного жительства клиента

С кем проживал в последнее время _____

Ф.И.О. доверительного лица _____

Место прописки доверительного лица

Место постоянного жительства доверительного лица

Контактный телефон _____

В неотложном случае сообщить: Ф.И.О. _____

Кем приходится? _____

Контактный телефон _____

Место проживания:

Дата приема клиента в пансионат _____

Откуда поступает _____

ФИО и контакты направившего врача

1. Полис обязательного медицинского страхования:

2. Полис добровольного медицинского страхования:

Страховая компания _____

№ полиса _____

Контактный телефон страховой компании _____

3. Осмотр и рекомендации специалистов:

Специалист: _____

Дата последнего осмотра _____

Диагноз: _____

Рекомендации: _____

Специалист: _____

Дата последнего осмотра: _____

Диагноз: _____

Рекомендации: _____

Специалист: _____

Дата последнего осмотра: _____

Диагноз: _____

Рекомендации: _____

4. Хронические заболевания:

5. Медицинские показания

Препараты, которые клиент принимает:

1. _____ Дозировка _____ Частота приема _____

2. _____ Дозировка _____ Частота приема _____

3. _____ Дозировка _____ Частота приема _____

4. _____ Дозировка _____ Частота приема _____

5. _____ Дозировка _____ Частота приема _____

8. Привычный распорядок дня

(в т.ч. любимые занятия, хобби, домашние обязанности, к-е Клиент выполнял)

9. Дополнительное оборудование

10. Состояние на момент поступления

Память:

1. Знает ли число, месяц, год _____
2. Помнит ли, что ел(а) на завтрак _____
3. Всегда ли понимает, где находится _____
4. Знает ли дату своего рождения _____
5. Узнает ли детей, внуков _____

Личностные особенности:

1. Обычное для клиента настроение _____

2. Бывают ли у клиента неправильные убеждения, не поддающиеся коррекции

3. Бывает ли у клиента периоды возбужденного состояния, агрессивности?

4. Бывают ли состояния, когда клиент не понимает, где находится, становится тревожным, возбужденным, ему что-то мерещится? Как часто?

Нарушения сна

1. Есть ли трудности с засыпанием? _____

2. Страдает ли клиент бессоницей? _____

3. Бывают ли ранние пробуждения, как часто? _____

4. Другие нарушения сна _____

Пользуется ли Клиент телефоном _____

11. **Дополнительные сведения** (кратко история жизни и деятельности Клиента, его заслуги, а также, другие сведения, не содержащиеся в предыдущих пунктах, которые могут быть важны для ухода и реабилитации Клиента)

Дата _____ Клиент _____

Дата _____ Доверительное лицо _____

Дата _____ Сотрудник проводивший интервью _____