

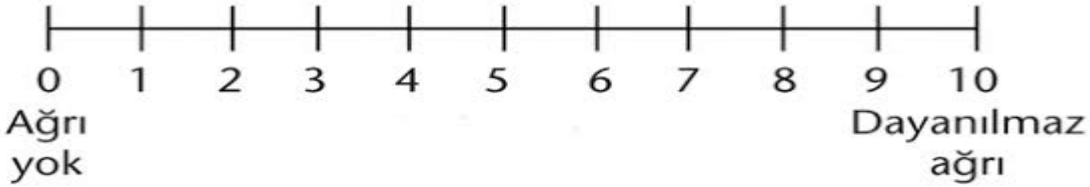


BESLENME ve TERAPİ HİZMETLERİ TAKİP FORMU
Ek-4

Yaşlı Bireyin Adı Soyadı:	Tarih/ Saat: / / :
Kaçıncı Yerde Ziyareti:	
Kaçıncı Görüntülü Uzaktan Sağlık Sistemi Görüşmesi:	
Diyetisyen/ Psikolog/Fizyoterapist Değerlendirmesi	

Ağrı değerlendirme

Ağrının yeri:	Ağrının süresi:	Ağrının sıklığı:



Yaşlı Birey ile ilgili kişisel bilgiler ve değerlendirmeler yukarıdaki ilgili yerlere yazılarak değerlendirmeyi yapan sağlık meslek mensubu ve değerlendirme sırasında hazır bulunan yakını tarafından imzalanır. Hasta dosyasında kayıt altında tutulur.



BESLENME ve TERAPİ HİZMETLERİ TAKİP FORMU Ek-4

Değerlendirme ve uygulama bilgileri:

Hasta ve ailesine verilen eğitim bilgileri:

Bir sonraki takipte yapılması önerilen değerlendirme:

Hasta ve ailesine verilmesi planlanan eğitim bilgileri:

Bir sonraki randevu tarihi:

Değerlendirme Esnasında Refakat Eden Yakını:

Adı Soyadı :

İmza :

Tarih ve Saat :

Değerlendirmeyi Yapan/Unvan

Adı Soyadı :

İmza :

Tarih ve Saat :

Yaşlı Birey ile ilgili kişisel bilgiler ve değerlendirmeler yukarıdaki ilgili yerlere yazılarak değerlendirmeyi yapan sağlık meslek mensubu ve değerlendirme sırasında hazır bulunan yakını tarafından imzalanır. Hasta dosyasında kayıt altında tutulur.