

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
3η ΥΠΕ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
Γ.Ν. ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ
ΚΕΦΙΑΠ ΑΡΓΟΥΣ ΟΡΕΣΤΙΚΟΥ

ΚΑΡΤΕΛΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

Όνοματεπώνυμο:..... Φύλο:..... Ηλικία:.....
Ημερομηνία γέννησης:..... Τηλέφωνο:.....
Διεύθυνση Κατοικίας:.....
Υπεύθυνος Επικοινωνίας (Όνομα/νο & Τηλ/νο):.....
Παραπέμπων Ιατρός:..... Τηλ. Επικοινωνίας:.....
Νοσοκ. Μονάδα/ Ιδιώτης/ Δημ. Υπηρεσία:.....
Κοιν. Λειτουργός:..... Τηλ. Επικοινωνίας:.....
Ασφαλιστικός Φορέας:.....
Επάγγελμα:.....

Οικογενειακή Κατάσταση : Έγγαμος/η Άγαμος/η Διαζευγμένος/η Χήρος/α

Τέκνα:.....(Αριθμός)

Διάγνωση:.....
.....
.....

Ημερομηνία Έναρξης Συμπτωμάτων:.....

Ατομικό Αναμνηστικό:.....
.....
.....

Κινητικά Ελλείμματα: Ημιπληγία Παραπληγία Τετραπληγία Κανένα

Γνωσιακά Ελλείμματα: (Προσανατολισμος χώρο/χρόνο, Ανοϊκη Συνδρομή, Κωματώδη κατ. κ.α.)

Ειδικό Διαιτολόγιο: ΝΑΙ Αν ΝΑΙ, περιγράψτε:.....

ΟΧΙ Κατάποση: Με / Χωρίς διαταραχές στην στερεά τροφή

Με / Χωρίς διαταραχές στην υγρή τροφή

ΧΩΡΙΣ Προβλήματα.

Κατακλίσεις: ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, συμπλήρωσε έλκη απο κατακλίσεις στην :

Υπνιακή Χώρα Ιεροκοκκυγική Χώρα

Αυτιά Τροχαντήρες

Ωμοπλάτες Πτέρνες

Έχει δικό του / της αναπηρικό αμαξίδιο: ΝΑΙ ΟΧΙ

