Yaşlı Bireyin Kimlik Numarası: **Ek-1**

Yaşlı Bireyin Adı ve Soyadı: ……………... Sağlık Tesisi İsmi:

Hastanın Doğum Tarihi: ………………………… YAŞAM Ekip Numarası:

Yaşlı Bireyin Cinsiyeti: Erkek  Kadın  Yaşlı Bireyin Kaçıncı Ziyareti:

Yaşlı Bireyin Adresi: ……………………… Ziyaret Türü:

Yaşlı Bireyin Yakınının Adı Soyadı: ……… Yerinde/Evinde

Telefon Numarası: ……………………

Görüntülü Uzaktan Sağlık Hizmeti

Yaşlı Bireyin Talepleri Nelerdir? (Varsa)........................................................................................................................................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Değerlendirme Sonucu:**

Yaşlı Bireyin Bağımlılık Durumu ve Puanı:

Bir Sonraki Randevu Tarihi:

Bir Sonraki Ziyareti Yapacak Olan Sağlık/Meslek Mensupları:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Yaşlı Bireyin Bakım ve Sosyal Hizmet İhtiyacı (Varsa)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Yaşlı Bireyin Konsültasyon İhtiyacı

(Varsa)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Yaşlı Bireyin Sağlık Tesisine Nakil İhtiyacı

(Varsa)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Sürekli Kullandığı İlaç/Tıbbi Cihaz/Ortez/Protez

(Varsa)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Formu Düzenleyen Kişi**

Tarih

İmza

Diploma No-Kaşe/Sicil No