|  |  |
| --- | --- |
| **Yaşlı Bireyin Adı Soyadı:**  | **Tarih/ Saat: …./…./……**  **….… : …….** |
| **Kaçıncı Yerinde Ziyareti:** |   |
| **Kaçıncı Görüntülü Uzaktan Sağlık Sistemi Görüşmesi:**  |
|  |
| **Diyetisyen/ Psikolog/Fizyoterapist Değerlendirmesi** |
|   |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Ağrı değerlendirmesi** |
| Ağrının yeri:  | Ağrının süresi: | Ağrının sıklığı: |
|  |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| 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: Değerlendirmeyi Yapan/Unvan**

Adı Soyadı : Adı Soyadı :

İmza : İmza :

Tarih ve Saat : Tarih ve Saat :