



**T.C.  
ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ NİĞDE ZÜBEYDE HANIM  
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU**

**STAJ DEFTERİ**

**ÖĞRENCİNİN**

ADI SOYADI : .....

SINIFI : .....

NUMARASI : .....

STAJIN ADI : .....

SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ BÖLÜMÜ YAŞLI BAKIM PROGRAMI

20.... / 20....

Staj yapılan işletmenin/Kurumun Bilgileri

T.C.  
ÖMER HALİDEMİR ÜNİVERSİTESİ NIĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU  
MÜDÜRLÜĞÜ  
..... /...../ 20.... DÖNEMİNE AİT STAJYER ÖĞRENCİ AYLIK ÇALIŞMA PUANTAJ CETVELİ

	Adı Soyadı	ÇALIŞMA GÜNLERİ																															ÇALIŞTIĞI			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Saat Toplamı	Gün Toplamı		
1																																				
2																																				
3																																				
4																																				
5																																				
6																																				
7																																				
8																																				
9																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				

**Not:** Puantaj cetveline çalışılan her gün en fazla 8 (sekiz) saat olarak işlenmeli, haftalık çalışma süresi 48 (kırksekiz) saati geçmemelidir. Stajyerlerin fazla mesai veya gece vardiyalarında çalışması ek staj günü olarak sayılmaz.

İş bu Çalışma Puantaj Cetveli yukarda isimi yazılı ..... adet stajyer öğrencilere ait olup tarafımızca düzenlenmiştir.

Tanzim Eden  
...../...../20....

Adı-Soyadı  
İmzası

Staj Yeri Birim Amiri  
...../...../20....

Adı-Soyadı  
İmzası

**STAJIN SÜRESİ:** Güz dönemi sonunda her bir ders için 15 iş günü yapılacaktır.

**STAJLARA DEVAM:** Staj programına devam mecburidir. Stajın % 20 sinden fazlasına mazeretsiz devam etmeyen öğrenciler stajı tekrarlar. Stajın %20 sini aşmayan devamsızlıklarda haklı ve geçerli mazeretini belgelendiren öğrenci Staj Koordinatörü/Yürütücüsünün hazırladığı programa göre stajına devam eder.

**STAJ YÜRÜTÜCÜSÜ VE GÖREVLERİ:** Staj yapılacak hastanenin Başhekimi veya Başhekim tarafından görevlendirilen kişilerdir.

- 1- Staj esnasında öğrencilerin devam durumlarını ve davranışlarını denetler.
- 2- Staj eğitiminin verimli olması için gerekli önlemleri alır.
- 3- Stajla ilgili olarak staj yeri ve program başkanı arasındaki haberleşmeyi sağlar.
- 4- Staj raporlarını veya staj değerlendirme formlarını öğrencinin çalışmasına uygun olarak 100 puan üzerinden değerlendirip program başkanına iletir

### **STAJYER ÖĞRENCİNİN GÖREV VE SORUMLULUKLARI**

- 1) Staj yaptıkları süre içerisinde staj yerinde uygulanmakta olan çalışma ve disiplin düzenine uymakla yükümlüdürler.
- 2) Stajlar sırasında Yükseköğretim Kurumlarındaki öğrencilerin kıyafetleriyle ilgili olarak konulan kurallara ve kurum personelinin uymak zorunda olduğu mevzuata uyarlar.
- 3) Staj yerlerinde istenen işleri zamanında ve istenen şekilde eksiksiz olarak yaparlar.
- 4) Stajda; kurum personeli ile ilişkilerinde ölçülü ve dikkatli davranırlar.
- 5) Staj yerlerindeki her türlü araç ve gerecin dikkatli kullanılmasına azami özen gösterirler. Aksine hareket edenler meydana gelecek zararı öderler.
- 6) Staj yerlerinden habersiz olarak ayrılamazlar. Staja gelmemezlik yapamazlar. Çok zorunlu durumlarda uygun görülürse staj yürütücüsünden kısa süreler için izin alabilirler. .
- 7) Staj yerlerini değiştiremezler ve stajı terk edemezler. Ancak gerekli durumlarda program başkanı ve/veya staj yürütücüsünün görüş ve izni alınarak staj yerlerini değiştirebilirler.
- 8) Staj yerlerinde yapmış oldukları çalışmalarına ilişkin günlük notlar tutarlar. Bu notları mesai bitiminde Başhekim veya Başhekimin görevlendirdiği servis sorumlusuna imzalatırlar.

**Not: Staj sınavından bir hafta önce dosyalar danışman öğretim görevlisine teslim edilecektir.**

**T.C.**  
**ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**  
**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU**  
**ÖĞRENCİ YAZ STAJI DEĞERLENDİRME FORMU**

**STAJER ÖĞRENCİNİN**

Adı Soyadı :  
Öğrenci No :  
Staj Yeri :  
Staj Yaptığı Kurum :  
Staj Tarih Aralığı :  
Telefon No :

	<b>Pekiyi</b>	<b>İyi</b>	<b>Orta</b>	<b>Zayıf</b>
	<b>100-80</b>	<b>79-60</b>	<b>59-50</b>	<b>50 den az</b>
<b>Öğrencinin Devam Durumu (Uygulama saatlerine uygun)</b>				
<b>Fiziki Görünümü(Uygun forma düzeni kişisel hijyen)</b>				
<b>Edindiği teorik bilgilerde uygulama kullanma bilme ve geliştirme</b>				
<b>Gerekli malzemeyi, teçhizatı doğru ve zamanında kullanabilme ile temizliğine dikkat edebilme</b>				
<b>Verilen sorumlulukları zamanında ve doğru olarak yerine getirebilme becerisi</b>				
<b>İletişim ve Uyum (iletişim kurabilme becerisi hastalarla, ekip üyeleriyle, arkadaşlarıyla)</b>				
<b>İşe ilgi, işin tanımlanması, algılama gücü</b>				
<b>Dikkatliliği (çok dikkatli,dikkatsiz, az dikkatli)</b>				
<b>Problem çözebilme yeteneği</b>				
<b>Kurallara uyma</b>				
<b>Kişisel bakımı(El,ayak,tırnak,ağız,yüz,saç,yara bakımı)</b>				
<b>Yara bakımı</b>				
<b>Perine Bakımı</b>				
<b>Sonda bakımı</b>				
<b>Sonda Bakımı)</b>				
<b>Varsa Eksik Günlerin sayısı,rapor</b>				
<b>Genel Not Değerlendirmesi</b>				

Not:Genel not değerlendirilmesinde 50 den aşağı almışsa başka bir tarihte staj tekrarlanır.  
X:İlgili not sütununa x işareti koyunuz.

YETKİLİN İMZASI VE MÜHÜRÜ

**T.C.**  
**ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**  
**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU**  
**ÖĞRENCİ YAZ STAJI DEĞERLENDİRME FORMU**

**STAJER ÖĞRENCİNİN**

Adı Soyadı :  
Öğrenci No :  
Staj Yeri :  
Staj Yaptığı Kurum :  
Staj Tarih Aralığı :  
Telefon No :

	<b>Pekiyi</b>	<b>İyi</b>	<b>Orta</b>	<b>Zayıf</b>
	<b>100-80</b>	<b>79-60</b>	<b>59-50</b>	<b>50 den az</b>
<b>Öğrencinin Devam Durumu (Uygulama saatlerine uygun)</b>				
<b>Fiziki Görünümü(Uygun forma düzeni kişisel hijyen)</b>				
<b>Edindiği teorik bilgilerde uygulama kullanabilme ve geliştirme</b>				
<b>Gerekli malzemeyi, teçhizatı doğru ve zamanında kullanabilme ile temizliğine dikkat edebilme</b>				
<b>Verilen sorumlulukları zamanında ve doğru olarak yerine getirebilme becerisi</b>				
<b>İletişim ve Uyum (iletişim kurabilme becerisi hastalarla, ekip üyeleriyle, arkadaşlarıyla)</b>				
<b>İşe ilgi, işin tanımlanması, algılama gücü</b>				
<b>Dikkatliliği (çok dikkatli,dikkatsiz, az dikkatli)</b>				
<b>Problem çözebilme yeteneği</b>				
<b>Kurallara uyma</b>				
<b>Kişisel bakımı(El,ayak,tırnak,ağız,yüz,saç,yara bakımı)</b>				
<b>Yara bakımı</b>				
<b>Perine Bakımı</b>				
<b>Sonda bakımı</b>				
<b>Sonda Bakımı)</b>				
<b>Varsa Eksik Günlerin sayısı,rapor</b>				
<b>Genel Not Değerlendirmesi</b>				

Not:Genel not değerlendirilmesinde 50 den aşağı almışsa başka bir tarihte staj tekrarlanır.

X:İlgili not sütununa x işareti koyunuz.

YETKİLİN İMZASI VE MÜHÜRÜ

**T.C.**  
**ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**  
**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU**  
**ÖĞRENCİ YAZ STAJI DEĞERLENDİRME FORMU**

**STAJER ÖĞRENCİNİN**

**Adı Soyadı :**  
**Öğrenci No :**  
**Staj Yeri :**  
**Staj Yaptığı Kurum :**  
**Staj Tarih Aralığı :**  
**Telefon No :**

	<b>Pekiyi</b>	<b>İyi</b>	<b>Orta</b>	<b>Zayıf</b>
	<b>100-80</b>	<b>79-60</b>	<b>59-50</b>	<b>50 den az</b>
<b>Öğrencinin Devam Durumu (Uygulama saatlerine uygun)</b>				
<b>Fiziki Görünümü(Uygun forma düzeni kişisel hijyen)</b>				
<b>Edindiği teorik bilgilerde uygulama kullanabilme ve geliştirme</b>				
<b>Gerekli malzemeyi, teçhizatı doğru ve zamanında kullanabilme ile temizliğine dikkat edebilme</b>				
<b>Verilen sorumlulukları zamanında ve doğru olarak yerine getirebilme becerisi</b>				
<b>İletişim ve Uyum (iletişim kurabilme becerisi hastalarla, ekip üyeleriyle, arkadaşlarıyla)</b>				
<b>İşe ilgi, işin tanımlanması, algılama gücü</b>				
<b>Dikkatliliği (çok dikkatli,dikkatsiz, az dikkatli)</b>				
<b>Problem çözebilme yeteneği</b>				
<b>Kurallara uyma</b>				
<b>Kişisel bakımı(El,ayak,tırnak,ağız,yüz,saç,yara bakımı)</b>				
<b>Yara bakımı</b>				
<b>Perine Bakımı</b>				
<b>Sonda bakımı</b>				
<b>Sonda Bakımı)</b>				
<b>Varsa Eksik Günlerin sayısı,rapor</b>				
<b>Genel Not Değerlendirmesi</b>				

Not:Genel not değerlendirilmesinde 50 den aşağı almışsa başka bir tarihte staj tekrarlanır.

X:İlgili not sütununa x işareti koyunuz.

**YETKİLİN İMZASI VE MÜHÜRÜ**

**T.C.**  
**ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**  
**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK**  
**YÜKSEKOKULU**  
**YAŞLI BAKIMI PROGRAMI ANEMNEZ FORMU**

Tarih: .../.../20

ÖĞRENCİNİN:

Adı/Soyadı:.....Okul No:.....

Sınıfı.....Uygulama Yeri.....

YAŞLI/HASTANIN:

Adı/Soyadı:.....Yaşı.....

Doğum Yeri:.....

HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ(TANI-TEDAVİ)

TANISI KONMUŞ KRONİK HASTALIKLARI:

RİSKLİ DAVRANIŞLAR:

Sigara: Alkol İlaç:((madde bağımlılığı)

SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇ/TIBBİ CİHAZ/ORTEZ/PROTEZ:

Kişisel günlük ihtiyaçları / alışkanlıkları / Kronik hastalıkları ve ilaçları	
Yatağa Bağımlılık: ( ) Tam Bağımlı ( ) Yarı Bağımlı ( ) Bağımsız	Kullandığı Yardımcı araçlar: ( ) tekerlekli sandalye ( ) WC yükseltici ( ) Wolker ( ) koltuk değneği/baston ( ) havalı yatak ( ) protez ( ) diş ( ) diğer .....
Kişisel bakımı: ( ) kendisi ( ) ailesi ( ) bakıcısı ( ) diğer	
Kişisel hijyen ( ) uygun ( ) uygun değil	Özel bir diyeti var mı? ( ) var ( ) yok
Hastanın uyku düzeni:	Beslenme alışkanlığı:
Kronik hastalıkları: ( ) yok ( ) var .....	Geçirilmiş hastalıklar / Ameliyatlar: ( ) yok ( ) var .....
Kullandığı ilaçlar:	
Allerji: ( ) yok ( ) var .....	

**VİTAL BULGULAR:**

Vücut Sıcaklığı (°C).....

Nabız Dakika Sayısı: .....

**VERDİĞİ BAKIMLAR:**

El: ( )	Yüz: ( )	Ağız: ( )	Saç: ( )	Tırnak: ( )	Tüm ( )
Vücut: ( )					
Yara Bakımı: ( )	Ayak: ( )	Perine☹ ( )	Sonda Bakımı: ( )		

Verilen Bakımın Açıklaması:

**TANIYA YÖNELİK YAPILMASI GEREKEN BAKIMLAR:**

**YETKİLİNİN:**

Adı Soyadı

Ünvanı

İmzası



**T.C.**  
**ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**  
**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK**  
**YÜKSEKOKULU**  
**YAŞLI BAKIMI PROGRAMI ANEMNEZ FORMU**

Tarih: .../.../20

ÖĞRENCİNİN:

Adı/Soyadı:.....Okul No:.....

Sınıfı.....Uygulama Yeri.....

YAŞLI/HASTANIN:

Adı/Soyadı:.....Yaşı.....

Doğum Yeri:.....

HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ(TANI-TEDAVİ)

TANISI KONMUŞ KRONİK HASTALIKLARI:

RİSKLİ DAVRANIŞLAR:

Sigara:

Alkol

İlaç:(madde bağımlılığı)

SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇ/TIBBİ CİHAZ/ORTEZ/PROTEZ:

Kişisel günlük ihtiyaçları / Kronik hastalıkları ve ilaçları	
Yatağa Bağımlılık: ( ) Tam Bağımlı ( ) Yarı Bağımlı ( ) Bağımsız	Kullandığı Yardımcı araçlar: ( ) tekerlekli sandalye ( ) WC yükseltici ( ) Wolker ( ) koltuk değneği/baston ( ) havalı yatak ( ) protez ( ) diş ( ) diğer .....
Kişisel bakımı: ( ) kendisi ( ) ailesi ( ) bakıcısı ( ) diğer	
Kişisel hijyen ( ) uygun ( ) uygun değil	Özel bir diyeti var mı? ( ) var ( ) yok
Hastanın uyku düzeni:	Beslenme alışkanlığı:
Kronik hastalıkları: ( ) yok ( ) var .....	Geçirilmiş hastalıklar / Ameliyatlar: ( ) yok ( ) var .....
Kullandığı ilaçlar:	
Allerji: ( ) yok ( ) var .....	

**VİTAL BULGULAR:**

Vücut Sıcaklığı (°C).....

Nabız Dakika Sayısı: .....

**VERDİĞİ BAKIMLAR:**

El: ( )	Yüz: ( )	Ağız: ( )	Saç: ( )	Tırnak: ( )	Tüm ( )
Vücut: ( )					
Yara Bakımı: ( )	Ayak: ( )	Perine☹ ( )	Sonda Bakımı: ( )		

Verilen Bakımın Açıklaması:

**TANIYA YÖNELİK YAPILMASI GEREKEN BAKIMLAR:**

**YETKİLİNİN:**

Adı Soyadı

Ünvanı

İmzası

**T.C.**  
**ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**  
**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK**  
**YÜKSEKOKULU**  
**YAŞLI BAKIMI PROGRAMI ANEMNEZ FORMU**

Tarih: .../.../20

ÖĞRENCİNİN:

Adı/Soyadı:.....Okul No:.....

Sınıfı.....Uygulama Yeri.....

YAŞLI/HASTANIN:

Adı/Soyadı:.....Yaşı.....

Doğum Yeri:.....

HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ(TANI-TEDAVİ)

TANISI KONMUŞ KRONİK HASTALIKLARI:

RİSKLİ DAVRANIŞLAR:

Sigara: Alkol İlaç:((madde bağımlılığı)

SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇ/TIBBİ CİHAZ/ORTEZ/PROTEZ:

Kişisel günlük ihtiyaçları / Kronik hastalıkları ve ilaçları	
Yatağa Bağımlılık: ( ) Tam Bağımlı ( ) Yarı Bağımlı ( ) Bağımsız	Kullandığı Yardımcı araçlar: ( ) tekerlekli sandalye ( ) WC yükseltici ( ) Wolker ( ) koltuk değneği/baston ( ) havalı yatak ( ) protez ( ) diş ( ) diğer .....
Kişisel bakımı: ( ) kendisi ( ) ailesi ( ) bakıcısı ( ) diğer	Özel bir diyeti var mı? ( ) var ( ) yok
Kişisel hijyen ( ) uygun ( ) uygun değil	Beslenme alışkanlığı:
Hastanın uyku düzeni:	Geçirilmiş hastalıklar / Ameliyatlar: ( ) yok ( ) var .....
Kronik hastalıkları: ( ) yok ( ) var .....	Kullandığı ilaçlar:
Allerji: ( ) yok ( ) var .....	

**VİTAL BULGULAR:**

Vucut Sıcaklığı (°C).....

Nabız Dakika Sayısı: .....

**VERDİĞİ BAKIMLAR:**

El: ( )	Yüz: ( )	Ağız: ( )	Saç: ( )	Tırnak: ( )	Tüm ( )
Vücut: ( )					
Yara Bakımı: ( )	Ayak: ( )	Perine☹ ( )	Sonda Bakımı: ( )		

Verilen Bakımın Açıklaması:

**TANIYA YÖNELİK YAPILMASI GEREKEN BAKIMLAR:**

**YETKİLİNİN:**

Adı Soyadı

Ünvanı

İmzası

**T.C.**  
**ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**  
**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK**  
**YÜKSEKOKULU**  
**YAŞLI BAKIMI PROGRAMI ANEMNEZ FORMU**

Tarih: .../.../20

ÖĞRENCİNİN:

Adı/Soyadı:.....Okul No:.....

Sınıfı.....Uygulama Yeri.....

YAŞLI/HASTANIN:

Adı/Soyadı:.....Yaşı.....

Doğum Yeri:.....

HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ(TANI-TEDAVİ)

TANISI KONMUŞ KRONİK HASTALIKLARI:

RİSKLİ DAVRANIŞLAR:

Sigara:

Alkol

İlaç:(madde bağımlılığı)

SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇ/TIBBİ CİHAZ/ORTEZ/PROTEZ:

Kişisel günlük ihtiyaçları / Kronik hastalıkları ve ilaçları	
Yatağa Bağımlılık: ( ) Tam Bağımlı ( ) Yarı Bağımlı ( ) Bağımsız	Kullandığı Yardımcı araçlar: ( ) tekerlekli sandalye ( ) WC yükseltici ( ) Wolker ( ) koltuk değneği/baston ( ) havalı yatak ( ) protez ( ) diş ( ) diğer .....
Kişisel bakımı: ( ) kendisi ( ) ailesi ( ) bakıcısı ( ) diğer	
Kişisel hijyen ( ) uygun ( ) uygun değil	Özel bir diyeti var mı? ( ) var ( ) yok
Hastanın uyku düzeni:	Beslenme alışkanlığı:
Kronik hastalıkları: ( ) yok ( ) var .....	Geçirilmiş hastalıklar / Ameliyatlar: ( ) yok ( ) var .....
Kullandığı ilaçlar:	
Allerji: ( ) yok ( ) var .....	

**VİTAL BULGULAR:**

Vucut Sıcaklığı (°C).....

Nabız Dakika Sayısı: .....

**VERDİĞİ BAKIMLAR:**

El: ( )	Yüz: ( )	Ağız: ( )	Saç: ( )	Tırnak: ( )	Tüm ( )
Vücut: ( )					
Yara Bakımı: ( )	Ayak: ( )	Perine☹ ( )	Sonda Bakımı: ( )		

Verilen Bakımın Açıklaması:

**TANIYA YÖNELİK YAPILMASI GEREKEN BAKIMLAR:**

**YETKİLİNİN:**

Adı Soyadı

Ünvanı

İmzası

**T.C.**  
**ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**  
**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK**  
**YÜKSEKOKULU**  
**YAŞLI BAKIMI PROGRAMI ANEMNEZ FORMU**

Tarih: .../.../20

ÖĞRENCİNİN:

Adı/Soyadı:.....Okul No:.....

Sınıfı.....Uygulama Yeri.....

YAŞLI/HASTANIN:

Adı/Soyadı:.....Yaşı.....

Doğum Yeri:.....

HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ(TANI-TEDAVİ)

TANISI KONMUŞ KRONİK HASTALIKLARI:

RİSKLİ DAVRANIŞLAR:

Sigara:

Alkol

İlaç:(madde bağımlılığı)

SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇ/TIBBİ CİHAZ/ORTEZ/PROTEZ:

Kişisel günlük ihtiyaçları / Kronik hastalıkları ve ilaçları	
Yatağa Bağımlılık: ( ) Tam Bağımlı ( ) Yarı Bağımlı ( ) Bağımsız	Kullandığı Yardımcı araçlar: ( ) tekerlekli sandalye ( ) WC yükseltici ( ) Wolker ( ) koltuk değneği/baston ( ) havalı yatak ( ) protez ( ) diş ( ) diğer .....
Kişisel bakımı: ( ) kendisi ( ) ailesi ( ) bakıcısı ( ) diğer	
Kişisel hijyen ( ) uygun ( ) uygun değil	Özel bir diyeti var mı? ( ) var ( ) yok
Hastanın uyku düzeni:	Beslenme alışkanlığı:
Kronik hastalıkları: ( ) yok ( ) var .....	Geçirilmiş hastalıklar / Ameliyatlar: ( ) yok ( ) var .....
Kullandığı ilaçlar:	
Allerji: ( ) yok ( ) var .....	

**VİTAL BULGULAR:**

Vucut Sıcaklığı (°C).....

Nabız Dakika Sayısı: .....

**VERDİĞİ BAKIMLAR:**

El: ( )	Yüz: ( )	Ağız: ( )	Saç: ( )	Tırnak: ( )	Tüm ( )
Vücut: ( )					
Yara Bakımı: ( )	Ayak: ( )	Perine☹ ( )	Sonda Bakımı: ( )		

Verilen Bakımın Açıklaması:

**TANIYA YÖNELİK YAPILMASI GEREKEN BAKIMLAR:**

**YETKİLİNİN:**

Adı Soyadı

Ünvanı

İmzası



**T.C.**  
**ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**  
**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK**  
**YÜKSEKOKULU**  
**YAŞLI BAKIMI PROGRAMI ANEMNEZ FORMU**

Tarih: .../.../20

ÖĞRENCİNİN:

Adı/Soyadı:.....Okul No:.....

Sınıfı.....Uygulama Yeri.....

YAŞLI/HASTANIN:

Adı/Soyadı:.....Yaşı.....

Doğum Yeri:.....

HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ(TANI-TEDAVİ)

TANISI KONMUŞ KRONİK HASTALIKLARI:

RİSKLİ DAVRANIŞLAR:

Sigara: Alkol İlaç:((madde bağımlılığı)

SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇ/TIBBİ CİHAZ/ORTEZ/PROTEZ:

Kişisel günlük ihtiyaçları / Kronik hastalıkları ve ilaçları	
Yatağa Bağımlılık: ( ) Tam Bağımlı ( ) Yarı Bağımlı ( ) Bağımsız	Kullandığı Yardımcı araçlar: ( ) tekerlekli sandalye ( ) WC yükseltici ( ) Wolker ( ) koltuk değneği/baston ( ) havalı yatak ( ) protez ( ) diş ( ) diğer .....
Kişisel bakımı: ( ) kendisi ( ) ailesi ( ) bakıcısı ( ) diğer	Özel bir diyeti var mı? ( ) var ( ) yok
Kişisel hijyen ( ) uygun ( ) uygun değil	Beslenme alışkanlığı:
Hastanın uyku düzeni:	Geçirilmiş hastalıklar / Ameliyatlar: ( ) yok ( ) var .....
Kronik hastalıkları: ( ) yok ( ) var .....	Kullandığı ilaçlar:
Allerji: ( ) yok ( ) var .....	

**VİTAL BULGULAR:**

Vucut Sıcaklığı (°C).....

Nabız Dakika Sayısı: .....

**VERDİĞİ BAKIMLAR:**

El: ( )	Yüz: ( )	Ağız: ( )	Saç: ( )	Tırnak: ( )	Tüm ( )
Vücut: ( )					
Yara Bakımı: ( )	Ayak: ( )	Perine☹ ( )	Sonda Bakımı: ( )		

Verilen Bakımın Açıklaması:

**TANIYA YÖNELİK YAPILMASI GEREKEN BAKIMLAR:**

**YETKİLİNİN:**

Adı Soyadı

Ünvanı

İmzası

**T.C.**  
**ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**  
**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK**  
**YÜKSEKOKULU**  
**YAŞLI BAKIMI PROGRAMI ANEMNEZ FORMU**

Tarih: .../.../20

ÖĞRENCİNİN:

Adı/Soyadı:.....Okul No:.....

Sınıfı.....Uygulama Yeri.....

YAŞLI/HASTANIN:

Adı/Soyadı:.....Yaşı.....

Doğum Yeri:.....

HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ(TANI-TEDAVİ)

TANISI KONMUŞ KRONİK HASTALIKLARI:

RİSKLİ DAVRANIŞLAR:

Sigara:

Alkol

İlaç:(madde bağımlılığı)

SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇ/TIBBİ CİHAZ/ORTEZ/PROTEZ:

Kişisel günlük ihtiyaçları / Kronik hastalıkları ve ilaçları	
Yatağa Bağımlılık: ( ) Tam Bağımlı ( ) Yarı Bağımlı ( ) Bağımsız	Kullandığı Yardımcı araçlar: ( ) tekerlekli sandalye ( ) WC yükseltici ( ) Wolker ( ) koltuk değneği/baston ( ) havalı yatak ( ) protez ( ) diş ( ) diğer .....
Kişisel bakımı: ( ) kendisi ( ) ailesi ( ) bakıcısı ( ) diğer	
Kişisel hijyen ( ) uygun ( ) uygun değil	Özel bir diyeti var mı? ( ) var ( ) yok
Hastanın uyku düzeni:	Beslenme alışkanlığı:
Kronik hastalıkları: ( ) yok ( ) var .....	Geçirilmiş hastalıklar / Ameliyatlar: ( ) yok ( ) var .....
Kullandığı ilaçlar:	
Allerji: ( ) yok ( ) var .....	

**VİTAL BULGULAR:**

Vucut Sıcaklığı (°C).....

Nabız Dakika Sayısı: .....

**VERDİĞİ BAKIMLAR:**

El: ( )	Yüz: ( )	Ağız: ( )	Saç: ( )	Tırnak: ( )	Tüm ( )
Vücut: ( )					
Yara Bakımı: ( )	Ayak: ( )	Perine☹ ( )	Sonda Bakımı: ( )		

Verilen Bakımın Açıklaması:

**TANIYA YÖNELİK YAPILMASI GEREKEN BAKIMLAR:**

**YETKİLİNİN:**

Adı Soyadı

Ünvanı

İmzası

**T.C.**  
**ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**  
**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK**  
**YÜKSEKOKULU**  
**YAŞLI BAKIMI PROGRAMI ANEMNEZ FORMU**

Tarih: .../.../20

ÖĞRENCİNİN:

Adı/Soyadı:.....Okul No:.....

Sınıfı.....Uygulama Yeri.....

YAŞLI/HASTANIN:

Adı/Soyadı:.....Yaşı.....

Doğum Yeri:.....

HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ(TANI-TEDAVİ)

TANISI KONMUŞ KRONİK HASTALIKLARI:

RİSKLİ DAVRANIŞLAR:

Sigara:

Alkol

İlaç:(madde bağımlılığı)

SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇ/TIBBİ CİHAZ/ORTEZ/PROTEZ:

Kişisel günlük ihtiyaçları / Kronik hastalıkları ve ilaçları	
Yatağa Bağımlılık: ( ) Tam Bağımlı ( ) Yarı Bağımlı ( ) Bağımsız	Kullandığı Yardımcı araçlar: ( ) tekerlekli sandalye ( ) WC yükseltici ( ) Wolker ( ) koltuk değneği/baston ( ) havalı yatak ( ) protez ( ) diş ( ) diğer .....
Kişisel bakımı: ( ) kendisi ( ) ailesi ( ) bakıcısı ( ) diğer	Özel bir diyeti var mı? ( ) var ( ) yok
Kişisel hijyen ( ) uygun ( ) uygun değil	Beslenme alışkanlığı:
Hastanın uyku düzeni:	Geçirilmiş hastalıklar / Ameliyatlar: ( ) yok ( ) var .....
Kronik hastalıkları: ( ) yok ( ) var .....	Kullandığı ilaçlar:
Allerji: ( ) yok ( ) var .....	

**VİTAL BULGULAR:**

Vucut Sıcaklığı (°C).....

Nabız Dakika Sayısı: .....

**VERDİĞİ BAKIMLAR:**

El: ( )	Yüz: ( )	Ağız: ( )	Saç: ( )	Tırnak: ( )	Tüm ( )
Vücut: ( )					
Yara Bakımı: ( )	Ayak: ( )	Perine☹ ( )	Sonda Bakımı: ( )		

Verilen Bakımın Açıklaması:

**TANIYA YÖNELİK YAPILMASI GEREKEN BAKIMLAR:**

**YETKİLİNİN:**

Adı Soyadı

Ünvanı

İmzası

**T.C.**  
**ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**  
**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK**  
**YÜKSEKOKULU**  
**YAŞLI BAKIMI PROGRAMI ANEMNEZ FORMU**

Tarih: .../.../20

ÖĞRENCİNİN:

Adı/Soyadı:.....Okul No:.....

Sınıfı.....Uygulama Yeri.....

YAŞLI/HASTANIN:

Adı/Soyadı:.....Yaşı.....

Doğum Yeri:.....

HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ(TANI-TEDAVİ)

TANISI KONMUŞ KRONİK HASTALIKLARI:

RİSKLİ DAVRANIŞLAR:

Sigara:

Alkol

İlaç:((madde bağımlılığı)

SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇ/TIBBİ CİHAZ/ORTEZ/PROTEZ:

Kişisel günlük ihtiyaçları / Kronik hastalıkları ve ilaçları	
Yatağa Bağımlılık: ( ) Tam Bağımlı ( ) Yarı Bağımlı ( ) Bağımsız	Kullandığı Yardımcı araçlar: ( ) tekerlekli sandalye ( ) WC yükseltici ( ) Wolker ( ) koltuk değneği/baston ( ) havalı yatak ( ) protez ( ) diş ( ) diğer .....
Kişisel bakımı: ( ) kendisi ( ) ailesi ( ) bakıcısı ( ) diğer	
Kişisel hijyen ( ) uygun ( ) uygun değil	Özel bir diyeti var mı? ( ) var ( ) yok
Hastanın uyku düzeni:	Beslenme alışkanlığı:
Kronik hastalıkları: ( ) yok ( ) var .....	Geçirilmiş hastalıklar / Ameliyatlar: ( ) yok ( ) var .....
Kullandığı ilaçlar:	
Allerji: ( ) yok ( ) var .....	

**VİTAL BULGULAR:**

Vucut Sıcaklığı (°C).....

Nabız Dakika Sayısı: .....

**VERDİĞİ BAKIMLAR:**

El: ( )	Yüz: ( )	Ağız: ( )	Saç: ( )	Tırnak: ( )	Tüm ( )
Vücut: ( )					
Yara Bakımı: ( )	Ayak: ( )	Perine☹ ( )	Sonda Bakımı: ( )		

Verilen Bakımın Açıklaması:

**TANIYA YÖNELİK YAPILMASI GEREKEN BAKIMLAR:**

**YETKİLİNİN:**

Adı Soyadı

Ünvanı

İmzası



**T.C.**  
**ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**  
**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK**  
**YÜKSEKOKULU**  
**YAŞLI BAKIMI PROGRAMI ANEMNEZ FORMU**

Tarih: .../.../20

ÖĞRENCİNİN:

Adı/Soyadı:.....Okul No:.....

Sınıfı.....Uygulama Yeri.....

YAŞLI/HASTANIN:

Adı/Soyadı:.....Yaşı.....

Doğum Yeri:.....

HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ(TANI-TEDAVİ)

TANISI KONMUŞ KRONİK HASTALIKLARI:

RİSKLİ DAVRANIŞLAR:

Sigara: Alkol İlaç:((madde bağımlılığı)

SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇ/TIBBİ CİHAZ/ORTEZ/PROTEZ:

Kişisel günlük ihtiyaçları / Kronik hastalıkları ve ilaçları	
Yatağa Bağımlılık: ( ) Tam Bağımlı ( ) Yarı Bağımlı ( ) Bağımsız	Kullandığı Yardımcı araçlar: ( ) tekerlekli sandalye ( ) WC yükseltici ( ) Wolker ( ) koltuk değneği/baston ( ) havalı yatak ( ) protez ( ) diş ( ) diğer .....
Kişisel bakımı: ( ) kendisi ( ) ailesi ( ) bakıcısı ( ) diğer	
Kişisel hijyen ( ) uygun ( ) uygun değil	Özel bir diyeti var mı? ( ) var ( ) yok
Hastanın uyku düzeni:	Beslenme alışkanlığı:
Kronik hastalıkları: ( ) yok ( ) var .....	Geçirilmiş hastalıklar / Ameliyatlar: ( ) yok ( ) var .....
Kullandığı ilaçlar:	
Allerji: ( ) yok ( ) var .....	

**VİTAL BULGULAR:**

Vucut Sıcaklığı (°C).....

Nabız Dakika Sayısı: .....

**VERDİĞİ BAKIMLAR:**

El: ( )	Yüz: ( )	Ağız: ( )	Saç: ( )	Tırnak: ( )	Tüm ( )
Vücut: ( )					
Yara Bakımı: ( )	Ayak: ( )	Perine☹ ( )	Sonda Bakımı: ( )		

Verilen Bakımın Açıklaması:

**TANIYA YÖNELİK YAPILMASI GEREKEN BAKIMLAR:**

**YETKİLİNİN:**

Adı Soyadı

Ünvanı

İmzası

**T.C.**  
**ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**  
**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK**  
**YÜKSEKOKULU**  
**YAŞLI BAKIMI PROGRAMI ANEMNEZ FORMU**

Tarih: .../.../20

ÖĞRENCİNİN:

Adı/Soyadı:.....Okul No:.....

Sınıfı.....Uygulama Yeri.....

YAŞLI/HASTANIN:

Adı/Soyadı:.....Yaşı.....

Doğum Yeri:.....

HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ(TANI-TEDAVİ)

TANISI KONMUŞ KRONİK HASTALIKLARI:

RİSKLİ DAVRANIŞLAR:

Sigara:

Alkol

İlaç:((madde bağımlılığı)

SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇ/TIBBİ CİHAZ/ORTEZ/PROTEZ:

Kişisel günlük ihtiyaçları / Kronik hastalıkları ve ilaçları	
Yatağa Bağımlılık: ( ) Tam Bağımlı ( ) Yarı Bağımlı ( ) Bağımsız	Kullandığı Yardımcı araçlar: ( ) tekerlekli sandalye ( ) WC yükseltici ( ) Wolker ( ) koltuk değneği/baston ( ) havalı yatak ( ) protez ( ) diş ( ) diğer .....
Kişisel bakımı: ( ) kendisi ( ) ailesi ( ) bakıcısı ( ) diğer	
Kişisel hijyen ( ) uygun ( ) uygun değil	Özel bir diyeti var mı? ( ) var ( ) yok
Hastanın uyku düzeni:	Beslenme alışkanlığı:
Kronik hastalıkları: ( ) yok ( ) var .....	Geçirilmiş hastalıklar / Ameliyatlar: ( ) yok ( ) var .....
Kullandığı ilaçlar:	
Allerji: ( ) yok ( ) var .....	

**VİTAL BULGULAR:**

Vucut Sıcaklığı (°C).....

Nabız Dakika Sayısı: .....

**VERDİĞİ BAKIMLAR:**

El: ( )	Yüz: ( )	Ağız: ( )	Saç: ( )	Tırnak: ( )	Tüm ( )
Vücut: ( )					
Yara Bakımı: ( )	Ayak: ( )	Perine☹ ( )	Sonda Bakımı: ( )		

Verilen Bakımın Açıklaması:

**TANIYA YÖNELİK YAPILMASI GEREKEN BAKIMLAR:**

**YETKİLİNİN:**

Adı Soyadı

Ünvanı

İmzası

**T.C.**  
**ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**  
**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK**  
**YÜKSEKOKULU**  
**YAŞLI BAKIMI PROGRAMI ANEMNEZ FORMU**

Tarih: .../.../20

ÖĞRENCİNİN:

Adı/Soyadı:.....Okul No:.....

Sınıfı.....Uygulama Yeri.....

YAŞLI/HASTANIN:

Adı/Soyadı:.....Yaşı.....

Doğum Yeri:.....

HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ(TANI-TEDAVİ)

TANISI KONMUŞ KRONİK HASTALIKLARI:

RİSKLİ DAVRANIŞLAR:

Sigara:

Alkol

İlaç:((madde bağımlılığı)

SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇ/TIBBİ CİHAZ/ORTEZ/PROTEZ:

Kişisel günlük ihtiyaçları / Kronik hastalıkları ve ilaçları	
Yatağa Bağımlılık: ( ) Tam Bağımlı ( ) Yarı Bağımlı ( ) Bağımsız	Kullandığı Yardımcı araçlar: ( ) tekerlekli sandalye ( ) WC yükseltici ( ) Wolker ( ) koltuk değneği/baston ( ) havalı yatak ( ) protez ( ) diş ( ) diğer .....
Kişisel bakımı: ( ) kendisi ( ) ailesi ( ) bakıcısı ( ) diğer	
Kişisel hijyen ( ) uygun ( ) uygun değil	Özel bir diyeti var mı? ( ) var ( ) yok
Hastanın uyku düzeni:	Beslenme alışkanlığı:
Kronik hastalıkları: ( ) yok ( ) var .....	Geçirilmiş hastalıklar / Ameliyatlar: ( ) yok ( ) var .....
Kullandığı ilaçlar:	
Allerji: ( ) yok ( ) var .....	

**VİTAL BULGULAR:**

Vucut Sıcaklığı (°C).....

Nabız Dakika Sayısı: .....

**VERDİĞİ BAKIMLAR:**

El: ( )	Yüz: ( )	Ağız: ( )	Saç: ( )	Tırnak: ( )	Tüm ( )
Vücut: ( )					
Yara Bakımı: ( )	Ayak: ( )	Perine☹ ( )	Sonda Bakımı: ( )		

Verilen Bakımın Açıklaması:

**TANIYA YÖNELİK YAPILMASI GEREKEN BAKIMLAR:**

**YETKİLİNİN:**

Adı Soyadı

Ünvanı

İmzası

**T.C.**  
**ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**  
**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK**  
**YÜKSEKOKULU**  
**YAŞLI BAKIMI PROGRAMI ANEMNEZ FORMU**

Tarih: .../.../20

ÖĞRENCİNİN:

Adı/Soyadı:.....Okul No:.....

Sınıfı.....Uygulama Yeri.....

YAŞLI/HASTANIN:

Adı/Soyadı:.....Yaşı.....

Doğum Yeri:.....

HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ(TANI-TEDAVİ)

TANISI KONMUŞ KRONİK HASTALIKLARI:

RİSKLİ DAVRANIŞLAR:

Sigara:

Alkol

İlaç:(madde bağımlılığı)

SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇ/TIBBİ CİHAZ/ORTEZ/PROTEZ:

Kişisel günlük ihtiyaçları / Kronik hastalıkları ve ilaçları	
Yatağa Bağımlılık: ( ) Tam Bağımlı ( ) Yarı Bağımlı ( ) Bağımsız	Kullandığı Yardımcı araçlar: ( ) tekerlekli sandalye ( ) WC yükseltici ( ) Wolker ( ) koltuk değneği/baston ( ) havalı yatak ( ) protez ( ) diş ( ) diğer .....
Kişisel bakımı: ( ) kendisi ( ) ailesi ( ) bakıcısı ( ) diğer	
Kişisel hijyen ( ) uygun ( ) uygun değil	Özel bir diyeti var mı? ( ) var ( ) yok
Hastanın uyku düzeni:	Beslenme alışkanlığı:
Kronik hastalıkları: ( ) yok ( ) var .....	Geçirilmiş hastalıklar / Ameliyatlar: ( ) yok ( ) var .....
Kullandığı ilaçlar:	
Allerji: ( ) yok ( ) var .....	

**VİTAL BULGULAR:**

Vucut Sıcaklığı (°C).....

Nabız Dakika Sayısı: .....

**VERDİĞİ BAKIMLAR:**

El: ( )	Yüz: ( )	Ağız: ( )	Saç: ( )	Tırnak: ( )	Tüm ( )
Vücut: ( )					
Yara Bakımı: ( )	Ayak: ( )	Perine☹ ( )	Sonda Bakımı: ( )		

Verilen Bakımın Açıklaması:

**TANIYA YÖNELİK YAPILMASI GEREKEN BAKIMLAR:**

**YETKİLİNİN:**

Adı Soyadı

Ünvanı

İmzası



**T.C.**  
**ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**  
**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK**  
**YÜKSEKOKULU**  
**YAŞLI BAKIMI PROGRAMI ANEMNEZ FORMU**

Tarih: .../.../20

ÖĞRENCİNİN:

Adı/Soyadı:.....Okul No:.....

Sınıfı.....Uygulama Yeri.....

YAŞLI/HASTANIN:

Adı/Soyadı:.....Yaşı.....

Doğum Yeri:.....

HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ(TANI-TEDAVİ)

TANISI KONMUŞ KRONİK HASTALIKLARI:

RİSKLİ DAVRANIŞLAR:

Sigara:

Alkol

İlaç:((madde bağımlılığı)

SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇ/TIBBİ CİHAZ/ORTEZ/PROTEZ:

Kişisel günlük ihtiyaçları / Kronik hastalıkları ve ilaçları	
Yatağa Bağımlılık: ( ) Tam Bağımlı ( ) Yarı Bağımlı ( ) Bağımsız	Kullandığı Yardımcı araçlar: ( ) tekerlekli sandalye ( ) WC yükseltici ( ) Wolker ( ) koltuk değneği/baston ( ) havalı yatak ( ) protez ( ) diş ( ) diğer .....
Kişisel bakımı: ( ) kendisi ( ) ailesi ( ) bakıcısı ( ) diğer	
Kişisel hijyen ( ) uygun ( ) uygun değil	Özel bir diyeti var mı? ( ) var ( ) yok
Hastanın uyku düzeni:	Beslenme alışkanlığı:
Kronik hastalıkları: ( ) yok ( ) var .....	Geçirilmiş hastalıklar / Ameliyatlar: ( ) yok ( ) var .....
Kullandığı ilaçlar:	
Allerji: ( ) yok ( ) var .....	

**VİTAL BULGULAR:**

Vucut Sıcaklığı (°C).....

Nabız Dakika Sayısı: .....

**VERDİĞİ BAKIMLAR:**

El: ( )	Yüz: ( )	Ağız: ( )	Saç: ( )	Tırnak: ( )	Tüm ( )
Vücut: ( )					
Yara Bakımı: ( )	Ayak: ( )	Perine☹ ( )	Sonda Bakımı: ( )		

Verilen Bakımın Açıklaması:

**TANIYA YÖNELİK YAPILMASI GEREKEN BAKIMLAR:**

**YETKİLİNİN:**

Adı Soyadı

Ünvanı

İmzası

**T.C.**  
**ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**  
**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK**  
**YÜKSEKOKULU**  
**YAŞLI BAKIMI PROGRAMI ANEMNEZ FORMU**

Tarih: .../.../20

ÖĞRENCİNİN:

Adı/Soyadı:.....Okul No:.....

Sınıfı.....Uygulama Yeri.....

YAŞLI/HASTANIN:

Adı/Soyadı:.....Yaşı.....

Doğum Yeri:.....

HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ(TANI-TEDAVİ)

TANISI KONMUŞ KRONİK HASTALIKLARI:

RİSKLİ DAVRANIŞLAR:

Sigara:

Alkol

İlaç:(madde bağımlılığı)

SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇ/TIBBİ CİHAZ/ORTEZ/PROTEZ:

Kişisel günlük ihtiyaçları / Kronik hastalıkları ve ilaçları	
Yatağa Bağımlılık: ( ) Tam Bağımlı ( ) Yarı Bağımlı ( ) Bağımsız	Kullandığı Yardımcı araçlar: ( ) tekerlekli sandalye ( ) WC yükseltici ( ) Wolker ( ) koltuk değneği/baston ( ) havalı yatak ( ) protez ( ) diş ( ) diğer .....
Kişisel bakımı: ( ) kendisi ( ) ailesi ( ) bakıcısı ( ) diğer	
Kişisel hijyen ( ) uygun ( ) uygun değil	Özel bir diyeti var mı? ( ) var ( ) yok
Hastanın uyku düzeni:	Beslenme alışkanlığı:
Kronik hastalıkları: ( ) yok ( ) var .....	Geçirilmiş hastalıklar / Ameliyatlar: ( ) yok ( ) var .....
Kullandığı ilaçlar:	
Allerji: ( ) yok ( ) var .....	

**VİTAL BULGULAR:**

Vucut Sıcaklığı (°C).....

Nabız Dakika Sayısı: .....

**VERDİĞİ BAKIMLAR:**

El: ( )	Yüz: ( )	Ağız: ( )	Saç: ( )	Tırnak: ( )	Tüm ( )
Vücut: ( )					
Yara Bakımı: ( )	Ayak: ( )	Perine☹ ( )	Sonda Bakımı: ( )		

Verilen Bakımın Açıklaması:

**TANIYA YÖNELİK YAPILMASI GEREKEN BAKIMLAR:**

**YETKİLİNİN:**

Adı Soyadı

Ünvanı

İmzası