



YAŞAM DEĞERLENDİRME FORMU

Ek-1

Yaşlı Bireyin Kimlik Numarası:

Yaşlı Bireyin Adı ve Soyadı:

Hastanın Doğum Tarihi:

Yaşlı Bireyin Cinsiyeti: Erkek Kadın

Yaşlı Bireyin Adresi:

Yaşlı Bireyin Yakınının Adı Soyadı:

Telefon Numarası:

Sağlık Tesisi İsmi:

YAŞAM Ekip Numarası:

Yaşlı Bireyin Kaçınıcı Ziyareti:

Ziyaret Türü:

Yerinde/Evinde

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:

.....
.....



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

.....SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
..... SAĞLIK TESİSİ

YAŞAM
SAĞLIKLI YAŞ ALMA MERKEZİ

YAŞAM DEĞERLENDİRME FORMU

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