

Velkommen til Jammerbugt Kommune



JAMMERBUGT
KOMMUNE

Vi vil gerne yde en god pleje og omsorg til dig. Derfor er det vigtigt, at vi kender til dine helbredsproblemer. Vi vil derfor bede dig udfylde nedenstående skema til næste gang vi ser dig, hvor vi sammen gennemgår skemaet.

Fulde navn	
Cpr.nr.	
Civil status	
Telefonnummer	

Højde	
Vægt	

Bevægeapparatet

Sæt kryds

Jeg benytter hjælpemiddel, når jeg færdes ude	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nej	<input type="checkbox"/>
Jeg benytter hjælpemiddel, når jeg færdes derhjemme	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nej	<input type="checkbox"/>
Hvis ja, hvilke og årsag?		
Jeg går til træning	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nej	<input type="checkbox"/>
Hvis ja, hvor?		
Jeg har tidligere været faldet	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nej	<input type="checkbox"/>
Hvis ja, hvor ofte og hvornår?		
Jeg lider af svimmelhed	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nej	<input type="checkbox"/>
Hvis ja, hvor ofte og hvornår?		

Funktionsniveau

Sæt kryds

Jeg klarer selv de daglige gøremål som fx vande blomster, handle osv.	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nej	<input type="checkbox"/>
Jeg klarer selv personlig pleje	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nej	<input type="checkbox"/>

Ernæring**Sæt kryds**

Jeg har haft vægtændringen inden for de sidste 3 måneder	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nej	<input type="checkbox"/>
Hvis ja, hvor stort har vægtændringen været?		
Jeg laver selv mad	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nej	<input type="checkbox"/>
Jeg får maden udefra	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nej	<input type="checkbox"/>
Jeg indtager proteiner i form af energiholdig-drik eller andet proteintilskud	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nej	<input type="checkbox"/>
Hvor meget væske drikker du ca. dagligt?		
Tilføjelser:		

Hud og slimhinder**Sæt kryds**

Jeg har sår, eksem eller andre hudproblemer (Obs hvis du har sukkersyge, så sæt kryds i Ja)	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nej	<input type="checkbox"/>
Hvis ja, beskriv problemet og behandling:		

Psykosociale forhold**Sæt kryds**

Jeg oplever at være nedtrykt, deprimeret, angst eller andet	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nej	<input type="checkbox"/>
Jeg har et netværk	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nej	<input type="checkbox"/>
Jeg føler mig ensom	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nej	<input type="checkbox"/>

Smerter og sanseindtryk**Sæt kryds**

Jeg har smerter	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nej	<input type="checkbox"/>
Hvis ja, beskriv smerterne:		
Jeg benytter briller	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nej	<input type="checkbox"/>
Jeg benytter høreapparater	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nej	<input type="checkbox"/>
Jeg benytter tandprotese	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nej	<input type="checkbox"/>

Samliv og seksualitet**Sæt kryds**

Jeg oplever udfordringer med min seksualitet og/eller samliv på grund af sygdom eller lægemidler	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nej	<input type="checkbox"/>
Tilføjelser:		

Respiration og cirkulation**Sæt kryds**

Jeg har luftvejsproblemer fx astma, KOL osv.	Ja	
	Nej	
Jeg har hjerteproblemer	Ja	
	Nej	
Jeg er i behandling med blodtryksmedicin	Ja	
	Nej	
Jeg har væskeophobning i kroppen	Ja	
	Nej	
Hvis ja, beskriv hvor samt behandling fx vanddrivende medicin, kompression eller andet:		

Søvn og hvile**Sæt kryds**

Mit søvnmønster om natten er	Afbrudt	
	Ikke afbrudt	
Jeg går i seng samme tid hver dag	Ja	
	Nej	
Jeg står op på samme tid hver dag	Ja	
	Nej	
Tilføjelser:		

Udskillelse af affaldsstoffer**Sæt kryds**

Jeg har problemer med min vandladning fx at holde på vandet (inkontinens)	Ja	
	Nej	
Jeg har problemer med min afføring fx forstoppelse (obstipation) eller diarré	Ja	
	Nej	
Tilføjelser:		

Viden og udvikling**Sæt kryds**

Jeg oplever problemer med min hukommelse	Ja	
	Nej	
Hvis ja, beskriv problemet:		

Allergier**Sæt kryds**

Jeg er kendt med allergier	Ja	
	Nej	
Hvis ja, gælder det fx lægemidler, støv eller fødevarer?		

Andet**Sæt kryds**

Jeg ryger	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nej	<input type="checkbox"/>
Hvis ja, hvor længe har du røget?		
Jeg har tidligere røget	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nej	<input type="checkbox"/>
Hvis ja, hvor længe har du tidligere røget?		
Jeg drikker alkohol	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nej	<input type="checkbox"/>
Hvis ja, hvor mange genstande pr. uge?		

Øvrige helbredsproblemer/sygdomme**Sæt kryds**

Beskriv:	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------

Kontroller**Sæt kryds**

Jeg går til faste kontroller ved gen læge, speciallæge eller på sygehuset	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nej	<input type="checkbox"/>
Hvis ja, hvor og hvornår?		

Hjælp**Sæt kryds**

Modtager du hjælp?	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nej	<input type="checkbox"/>
Hvis ja, hvilken form for hjælp?		

Kontaktinformationer på pårørende i prioriteret rækkefølge**Telefonnummer**

Samtykke

Sundhedsprofessionel indhenter samtykke fra borger og registrer dette i EOJ-systemet Nexus