



Rejestracja do programu posiłków zbiorowych

Nazwa placówki: _____ Nowy klient Odnowienie

Formularz ten musi zostać wypełniony przez właściwego dostawcę żywienia zbiorowego.

Informacje demograficzne dotyczące osób starszych					
Data:		Imię i nazwisko:		Data urodzenia:	
Adres:			Miejscowość:	Stan:	Kod pocztowy:
Adres e-mail:			Nr telefonu:	Nr telefonu komórkowego:	
Przynależność etniczna: <input type="checkbox"/> hiszpańska lub latynoska <input type="checkbox"/> inna niż hiszpańska lub latynoska			Stan cywilny: <input type="checkbox"/> żonaty/zamężna <input type="checkbox"/> rozwiedziony(-a) <input type="checkbox"/> kawaler/panna <input type="checkbox"/> wdowiec/wdowa <input type="checkbox"/> w separacji <input type="checkbox"/> partner(ka) życiowy(-a)		Płeć: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K Inne:
Rasa: <input type="checkbox"/> biała <input type="checkbox"/> czarna lub afroamerykańska <input type="checkbox"/> rdzenni mieszkańcy Hawajów lub wysp Pacyfiku <input type="checkbox"/> rdzenni mieszkańcy Ameryki lub Alaski		<input type="checkbox"/> azjatycka lub azjatycko-amerykańska			
Ograniczona znajomość języka angielskiego: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli tak, proszę podać język: _____		Miesięczny dochód: _____ Poniżej progu ubóstwa: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		<input type="checkbox"/> Mieszka samotnie <input type="checkbox"/> Mieszka z innymi Liczba osób w gospodarstwie domowym: _____	
Istotne problemy zdrowotne (proszę zaznaczyć wszystkie, które mają zastosowanie)					
<input type="checkbox"/> poruszanie się <input type="checkbox"/> słuch <input type="checkbox"/> wzrok <input type="checkbox"/> inne: _____					
Ocena czynników ryzyka związanych z odżywianiem (proszę wybrać Tak lub Nie)					
	T	N		T	N
Mam chorobę lub dolegliwość, która zmusiła mnie do zmiany rodzaju i/lub ilości spożywanego jedzenia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie zawsze mam wystarczająco dużo pieniędzy, aby kupić jedzenie, którego potrzebuję.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jem mniej niż 2 posiłki dziennie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Przez większość czasu jem samotnie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spożywam niewiele owoców i warzyw oraz produktów mlecznych.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Przyjmuję 3 lub więcej różnych leków na receptę lub bez recepty dziennie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prawie codziennie piję 3 lub więcej porcji piwa, alkoholu lub wina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wbrew własnej woli schudłem(-am) lub przytyłem(-am) 10 kilogramów w ciągu ostatnich 6 miesięcy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mam problemy z zębami lub jamą ustną, które utrudniają mi jedzenie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie zawsze jestem wystarczająco sprawny(-a) fizycznie, aby robić zakupy, gotować i/lub żywić się.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ogółem		0	Ogółem		0
Sześć lub więcej punktów = Wysokie ryzyko związane z odżywianiem Łączna suma: _____/21 możliwych punktów					
<input type="checkbox"/> Wyjaśniono klientowi kwestie ryzyka związanego z odżywianiem.					
<input type="checkbox"/> Uważa się, że klient jest w grupie wysokiego ryzyka związanego z odżywianiem. Wydano zalecenie, aby skonsultować się z lekarzem.					
Dodatkowe informacje na temat odżywiania					
Czy osoba starsza ma trudności z przeżuwaniami pokarmów lub zły stan uzębienia? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie			Specjalne potrzeby żywieniowe: <input type="checkbox"/> dieta podstawowa <input type="checkbox"/> cukrzyca <input type="checkbox"/> inne:		
Źródło pożywienia dla klienta w weekendy: Alergie pokarmowe <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli tak, proszę podać:			Ograniczenia dietetyczne:		
UWAGA: Do obowiązków klienta należy zapoznanie się z cotygodniowym jadłospisem i zgłaszanie dostawcy usług żywieniowych wszelkich wątpliwości związanych z alergią. Jeśli jest to możliwe, dostawca dostarczy specjalny posiłek spełniający potrzeby żywieniowe klienta.					
<input type="checkbox"/> Klient został poinformowany o możliwym występowaniu w żywności alergenów pokarmowych lub kontakcie z nimi.					
Inne informacje kontaktowe					
Imię i nazwisko pierwszej osoby do kontaktu w nagłych wypadkach:			Telefon do kontaktu w ciągu dnia/telefon komórkowy:		
Imię i nazwisko drugiej osoby do kontaktu w nagłych wypadkach:			Telefon do kontaktu w ciągu dnia/telefon komórkowy:		
Zgoda na udostępnienie informacji					
Wyrażam zgodę na omówienie moich potrzeb przez usługodawcę i/lub personel lokalnej agencji ds. osób starszych (Area Agency on Aging).					
Podpis klienta:			Data:		

Inicjały pracownika: _____

IL 402-1264 (06/21)