|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 :