

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO ODDZIAŁU REHABILITACJI DZiennej w PASŁĘKU**

**1. DANE PERSONALNE:**

imię i nazwisko

.....

PESEL.....

ADRES, TELEFON.....

Dane osoby kontaktowej (imię, nazwisko, adres, telefon)

.....

UBEZPIECZENIE PACJENTA (PL, UKR, INNE).....

ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W STOPNIU ZNACZNYM (poprawne zakreślić)

Tak

NIE

INNE UPRAWNIENIA SZCZEGÓLNE (np. Zasłużeni honorowi dawcy krwi)

.....

Choroby współistniejące: (proszę zaznaczyć X)

<b>Czy choruje lub chorował/a Pan/i na następujące choroby:</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>NIE WIEM</b>
Serca (wada, zawał serca, dusznica bolesna, zaburzenia rytmu)			
Nadciśnienie tętnicze			
Cukrzyca			
Choroby nowotworowe			
Zapalenie oskrzeli, gruźlicę			
Przewodu pokarmowego (choroba wrzodowa, inne)			
Wątroby (np. żółtaczka, marskość)			
Udar mózgu			
Padaczka			
Psychiczne (np. depresja, nerwica, otępienie)			
Tarczycy (nadczynność, niedoczynność)			
Choroby naczyń (np. miażdżyca, żylaki)			
Nerek (np. kamica, zapalenie)			
Przewlekłe choroby skóry (m. in. Owrzodzenia)			
Uczulenia -jakie:			

Inne:

jakie:.....

## 2. STAN FUNKCJONALNY

Ocena sprawności:

Chodzący TAK/NIE

chodzący przy pomocy osoby drugiej TAK/ NIE

chodzący przy pomocy chodzika, balkonika, trójnogu, kuli TAK /NIE

siedzący samodzielnie bez podparcia, z podparciem TAK/NIE ;

leżący TAK/NIE

Higiena osobista :

samodzielny TAK/NIE;

wymaga pomocy TAK/NIE;

całkowicie zależny TAK/NIE

Jedzenie i picie :

samodzielny TAK/NIE;

wymaga pomocy TAK/NIE;

całkowicie zależny TAK/NIE;

sonda/PEG

Kontrola zwieraczy:

kontroluje TAK/NIE;

trudności z utrzymaniem TAK/NIE;

nie kontroluje TAK/NIE

UKŁAD KRAŻENIOWO-ODDECHOWY (ocena wydolności, przyjmowane leki)

.....

Stan psychiczny:

współpraca w rehabilitacji TAK/NIE;

zaburzenia mowy (afazja, dyzartria) TAK/NIE

objawy zespołu psychoorganicznego/depresji TAK/NIE

ODLEŻYNY: TAK/NIE określić wielkość i lokalizację

.....

PRZYKURCZE W STAWACH: TAK/NIE określić wielkość i lokalizację

.....

(uzupełnia lekarz)

**3. ROZPOZNANIE (choroba główna)**

(uzupełnia lekarz)

.....  
.....

**4. WYWIAD: dokładna data początku choroby/ wypadku.....**

Dane dotyczące choroby /wypadku

.....  
.....

Przebieg leczenia: (szpitalne.....; sanatoryjne.....; ambulatoryjne.....)

.....  
.....

Zaopatrzenie ortopedyczne.....

**5. W JAKIM CELU PACJENT JEST KIEROWANY**

.....

UWAGA! Wszystkie rubryki należy wypełnić dokładnie i czytelnie - brak niezbędnych danych spowoduje odrzucenie wniosku. Konieczne jest dołączenie kserokopii kart informacyjnych leczenia szpitalnego. Ostateczna kwalifikacja do przyjęcia na Oddział odbędzie się w Izbie Przyjęć Szpitala po telefonicznym uzgodnieniu terminu przyjęcia z Ordynatorem/lekarzem Oddziału.

.....  
data wystawienia wniosku

.....  
pieczętka i podpis lekarza

UZASADNIENIE PRZYJĘCIA LUB ODMOWY PRZYJĘCIA

.....  
.....

Termin realizacji świadczenia.....

Data wpłynięcia wniosku \_\_\_\_ - \_\_ - \_\_ data wpisu do kolejki elektronicznej \_\_\_\_ - \_\_ - \_\_

Data

pieczętka i podpis lekarza kwalifikującego