



Ankieta kwalifikacji do rehabilitacji neurologicznej

Uzdrowisko-Konstancin, ul. Sue Ryder 1, Konstancin-Zdrój

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Data urodzenia: _____

Adres zamieszkania: _____

Osoba opiekująca się: _____ Telefon kontaktowy: _____

Masa ciała: _____ kg Wzrost: _____ cm

Schorzenie podstawowe - data zachorowania / urazu / operacji:

Schorzenia dodatkowe oraz choroby i operacje przebyte
(daty operacji lub zakończenia leczenia):

Zaburzenia psychiczne w tym otępienie: nie tak, proszę opisać:

Cewnik moczowy? nie tak, kiedy założony (wymieniany) _____ - _____ - _____

Karmienie przez PEG? nie tak, kiedy założony _____ - _____ - _____

Odleżyny? nie tak, lokalizacja _____

Trecheostomia? nie tak, kiedy założona _____ - _____ - _____

Lista przyjmowanych obecnie leków:

LP.	NAZWA LEKU	DAWKA	CZĘSTOTLIWOŚĆ (rano/obiad/wieczór/inaczej)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			



Niedowład / porażenie kończyn górnych:

nie

tak, strona

prawa

lewa

Niedowład / porażenie kończyn dolnych:

nie

tak, strona

prawa

lewa

Zaburzenia równowagi:

nie

tak

Zaburzenia mowy:

nie

tak

Zaburzenia polykania:

nie

tak

Sposób poruszania się:

sam

laska/kula

trójnóg/czwóróg

wózek

leżący

Stopień samodzielności:

w pełni samodzielny

samodzielny w obrębie pokoju

samodzielny w obrębie budynku

Pomoc opiekuna:

tak, wymagana

nie, nie ma potrzeby

Jeśli wymagana to w jakim zakresie (w jakich czynnościach / jaki rodzaj pomocy):

Data wypisu ze szpitala: _____ - _____ - _____

Preferowany termin przyjazdu (miesiąc / rok) _____ - _____

Język w jakim komunikuje się pacjent: _____

Uwagi:

- Zaświadczam, iż dane zawarte w niniejszej ankiecie kwalifikacyjnej są zgodne z prawdą.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, podanych w ankiecie kwalifikacji do rehabilitacji neurologicznej, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135), przez administratora danych osobowych, czyli Uzdrowisko Konstancin-Zdrój S.A. z siedzibą w Konstancinie-Jeziornie, przy ul. Sue Ryder 1, w celu realizacji usług rehabilitacji neurologicznej. Jestem świadomy/a, że podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji procesu kwalifikacyjnego oraz że przysługuje mi prawo wglądu do treści swoich danych oraz prawo ich poprawiania.

Podpis pacjenta / opiekuna