

## Formularz kwalifikacyjny: Endoprotezoplastyka

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

Imię i nazwisko pacjenta: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Adres zameldowania: \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Masa ciała: \_\_\_\_\_ kg Wzrost: \_\_\_\_\_ cm

Aktywny zawodowo \_\_\_\_\_ Wykształcenie \_\_\_\_\_

Rozpoznanie choroby zasadniczej:

---

---

---

---

Choroby dodatkowe przewlekłe / przebyte operacje (kiedy?):

---

---

---

---

---



**Ostre schorzenia uniemożliwiające czynną rehabilitację:**

**1. Odleżyny / stany ropne powłok skóry** \_\_\_\_\_

**2. Kardiologiczne, stany niewydolności krążeniowo oddechowej oraz układu naczyniowego:**

a) ciężkie wady zastawek serca \_\_\_\_\_

b) ciężkie zaburzenia rytmu serca \_\_\_\_\_

c) niezaopatrzone tętniaki \_\_\_\_\_

d) stany zapalno – zakrzepowe w układzie naczyniowym \_\_\_\_\_

**3. Pulmonologiczne:**

a) ostra zatorowość płucna \_\_\_\_\_

b) ostre stany zapalno – astmatyczne \_\_\_\_\_

**4. Urologiczne**

a) ostre choroby infekcyjne \_\_\_\_\_

b) schorzenia przebiegające z gorączką \_\_\_\_\_

c) cewnik moczowy \_\_\_\_\_

**5. Onkologiczne**

a) toczący się proces nowotworowy \_\_\_\_\_

**6. Zaburzenia neurologiczne:**

a) świeży udar mózgu (do 14 dni od zachorowania) \_\_\_\_\_

b) głęboki niedowład / porażenie \_\_\_\_\_

b) głęboki niedowład / porażenie \_\_\_\_\_

c) zaburzenie równowagi – uniemożliwiające chodzenie \_\_\_\_\_

d) afazja + czynna padaczka z często powtarzającymi się napadami \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



poza tym:

**1. Obłożna choroba uniemożliwiająca udział w ćwiczeniach fizycznych**

(chory leżący wymagający stałej opieki) \_\_\_\_\_

**2. Czynne uzależnienie** \_\_\_\_\_

**3. Brak świadomej zgody pacjenta na leczenie w oddziale rehabilitacji**

ogólnoustrojowej \_\_\_\_\_

**Lista przyjmowanych leków:**

LP.	NAZWA LEKU	DAWKA	CZĘSTOTLIWOŚĆ (rano/obiad/wieczór/inaczej)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

**Ograniczenia sprawności ruchowej**

tak

nie



**Jeśli tak jakiego rodzaju – sposób poruszania się:**

**na określonym dystansie w metrach** \_\_\_\_\_

sam  kula  laska – na określonym dystansie w metrach \_\_\_\_\_

3 –nóg  4 –nóg  wózek – na określonym dystansie w metrach \_\_\_\_\_

**Leżący ale spionizowany z możliwością kontynuowania nauki chodzenia** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Inne istotne uwagi o stanie zdrowia:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ksero kart informacyjnych ze szpitali + RTG w przypadku zabiegów operacyjnych**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Preferowany termin pobytu:** \_\_\_\_\_ (miesiąc / rok)

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.

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Podpis pacjenta / opiekuna