

Formularz kwalifikacyjny: Rehabilitacja po COVID-19 dla osób po hospitalizacji

Uzdrowisko Konstancin-Zdrój S.A., ul. Sue Ryder 1, 05-510 Konstancin-Zdrój

Poniższy formularz kwalifikacyjny do rehabilitacji dla ozdowieńców jest ankietą służącą uzyskaniu wstępnej informacji na temat możliwości prowadzenia rehabilitacji i pobytu w ośrodku uzdrowiskowym. Ostateczną decyzję o kwalifikacji na pobyt i prowadzenie rehabilitacji podejmuje lekarz prowadzący przy przyjęciu i po zbadaniu pacjenta. Zastrzegamy prawo do natychmiastowej odmowy przyjęcia w przypadku zatajenia informacji o stanie zdrowia pacjenta.

W trakcie pobytu wskazane jest posiadanie przez pacjenta własnych leków, które przyjmuje przewlekle i dostarczenie dokumentacji dotychczasowego leczenia (wypisy ze szpitala). W przypadku braku leków pacjenta, zastosowane mogą zostać zamienniki stosowanych leków lub w przypadku braku zamienników, leki mogą zostać zmienione na inne. W przypadku braku możliwości zapewnienia leczenia niezbędnym dla zdrowia pacjenta lekiem, pobyt może zostać zakończony.

Imię i nazwisko pacjenta: _____

PESEL: _____

Adres zameldowania: _____

Adres zamieszkania: _____

Telefon kontaktowy: _____ E-mail: _____

Masa ciała (kg): _____ Wzrost: _____

Aktywny zawodowo: _____

Rozpoznanie choroby zasadniczej:

Inne dodatkowe schorzenia, w szczególności choroby nowotworowe (rozpoznane i w trakcie diagnostyki):

Główne oczekiwania pacjenta związane z pobytem w ośrodku (np. usprawnianie, rehabilitacja po przebytych zakażeniu, wypoczynek, wykonanie badań diagnostycznych):

Lista przyjmowanych leków:

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

Ocena samodzielności w czynnościach życia codziennego:

- a) samodzielne mycie się i ubieranie się: TAK NIE
- b) samodzielne jedzenie i przyjmowanie leków: TAK NIE
- c) trzymanie moczu, stolca: TAK NIE cewnik do pęcherza moczowego
- d) samodzielne chodzenie w obrębie budynku 50-100m TAK NIE
- e) samodzielne chodzenie po pokoju: TAK NIE
- f) zaopatrzenie ortopedyczne / wózek: TAK NIE jeżeli tak, jakie?

Ocena stanu neurologicznego i psychicznego:

- a) czy pacjent ma trudności w porozumiewaniu się: TAK NIE
- b) czy pacjent rozumie i wykonuje polecenia: TAK NIE
- c) czy pacjent pobiera aktualnie leki uspokajające, przeciwdepresyjne, neuroleptyczne:
 TAK NIE jeżeli tak, jakie _____
- d) czy pacjent jest uzależniony od papierosów / alkoholu / inne _____

Czy pacjent choruje na choroby zakaźne lub wymaga izolacji z powodu nosicielstwa bakterii?

TAK NIE

jeżeli tak, jakie _____

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 dla pacjentów po COVID-19, 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 po COVID-19. 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 wypełnienia formularza

Podpis pacjenta / opiekuna

UZUPEŁNIA LEKARZ

Kwalifikacja

Odmowa

Uzasadnienie odmowy:
