

## Formularz kwalifikacyjny: Rehabilitacja po COVID-19

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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_