

Formularz kwalifikacyjny: Rehabilitacja neurologiczna

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

Poniższy formularz kwalifikacyjny do rehabilitacji neurologicznej jest ankietą służącą uzyskaniu wstępnej informacji na temat możliwości prowadzenia rehabilitacji neurologicznej 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: _____

Schorzenie podstawowe – data zachorowania / urazu / operacji:

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

Zaburzenia psychiczne, w tym otępienne: NIE TAK, proszę opisać

Cewnik moczowy? NIE TAK, kiedy założony (wymieniany) _____
 Karmienie przez PEG? NIE TAK, kiedy założony _____
 Odleżyny? NIE TAK, lokalizacja _____
 Tracheostomia? NIE TAK, kiedy założona _____

Lista przyjmowanych leków:

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

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 połykania: NIE TAK

Sposób poruszania się: sam laska / kula trójnóg / czwórnóg
 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:

Język, w jakim komunikuje się pacjent:

Uwagi:

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 wypełnienia formularza

Podpis pacjenta / opiekuna

UZUPEŁNIA LEKARZ

Kwalifikacja

Odmowa

Uzasadnienie odmowy:
