

Formularz kwalifikacyjny: Zdrowie Seniora

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

Poniższy formularz kwalifikacyjny na pobyt leczniczy jest ankietą służącą uzyskaniu wstępnej informacji na temat możliwości prowadzenia rehabilitacji ogólnousprawniającej 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 przewlekłe 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:

Choroby dodatkowe przewlekłe / przebyte operacje (kiedy?):

Ostre schorzenia uniemożliwiające czynną rehabilitację:

1. Odleżyny / stany zapalne 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 zapalne – zakrzepowe w układzie naczyniowym

3. Pulmonologiczne:

a) ostra zatorowość płucna

b) ostre stany zapalne – 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

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:

sam

kula

laska

3-nóg

4-nóg

wózek

na określonym dystansie w metrach _____

Leżący, ale spionizowany z możliwością kontynuowania nauki chodzenia.

Inne istotne uwagi o stanie zdrowia:

Prosimy o dołączenie do formularza kserokopii 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 na pobyt leczniczy, 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 ogólnousprawniającej. 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:
