

12. Ocena wydolności wysiłkowej krążenia z uwzględnieniem EKG i RR

.....
.....

14. Stopień samodzielności i samoobsługi:

a) samodzielne mycie się tak / nie*, samodzielne jedzenie tak / nie*, samodzielne ubieranie się tak / nie*, trzymanie moczu tak / nie*, trzymanie stolca tak / nie*

b) samodzielnie chodzi tak / nie*, po schodach tak / nie*, przy pomocy kul, balkonika, laski

15. Posiadane, wykorzystywane zaopatrzenie ortopedyczne np. wózek

.....
.....

16. Przebyte choroby zakaźne (np. WZW)

.....
.....

17. Aktualnie przyjmowane leki

.....
.....

18. Uczulenia na leki, pokarmy, płyny

.....
.....

19. Informacja o udzielonych świadczeniach rehabilitacyjnych w okresie ostatnich dwóch lat:

rehabilitacja ambulatoryjna

rehabilitacja w oddziale dziennym

rehabilitacja w oddziale stacjonarnym

sanatorium

w tutejszym ośrodku

.....
.....

data

pieczęć i podpis lekarza kierującego

/*- właściwe zaznaczyć

UWAGI:

1. Niniejszy wniosek stanowi informację o chorym skierowanym na rehabilitację. W celu rejestracji należy dołączyć skierowanie główne wystawione przez lekarza kierującego.
2. Termin przyjęcia zostanie ustalony przez Dyrektora Zakładu w oparciu o prowadzoną kolejkę oczekujących po zarejestrowaniu wniosku przez Pacjenta bądź Opiekuna.
3. Wniosek wypełnia:
 - a) lekarz z oddziału szpitalnego: urazowo-ortopedycznego, chirurgicznego, neurochirurgicznego, reumatologicznego, chorób wewnętrznych, onkologicznego, ginekologicznego, urologicznego, rehabilitacji ogólnoustrojowej, neurologicznej, pulmonologicznej lub

- b) lekarz z poradni rehabilitacyjnej, urazowo - ortopedycznej, neurologicznej, reumatologicznej
 - c) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku zaostrzeń chorób przewlekłych.
4. Wniosek należy złożyć w placówce lub przesłać pocztą na adres zakładu (prosimy o podanie nr telefonu kontaktowego). Jeżeli przesłany pocztą wniosek nie spełnia kryteriów formalnych Pacjent zobowiązany jest go odebrać.