

.....  
pieczęć placówki kierującej

.....  
data, miejscowość

# WNIOSEK UZUPEŁNIAJĄCY

do FIZJOTERAPII DOMOWEJ

W NZOZ CENTRUM OPIEKI I REHABILITACJI  
„ZDROWIE” S. C.

1. Nazwisko i imię .....
2. PESEL .....Nr dowodu osobistego.....
3. Miejsce zamieszkania: kod pocztowy ..... miejscowość.....  
Ulica ..... nr .....
4. Miejsce pobytu: kod pocztowy ..... miejscowość.....  
Ulica ..... nr .....
5. Telefon..... Oddział NFZ.....
6. Nr dokumentu potwierdzającego odprowadzanie składek na ubezpieczenie zdrowotne .....
7. Dane opiekun.....telefon.....  
adres .....
8. Tryb przyjęcia:.....
9. Numer statystyczny choroby zasadniczej,  
będącej przyczyną skierowania wg ICD-10 .....
10. Choroba zasadnicza .....
11. Choroby współistniejące .....
12. Czy w okresie ostatnich 12 m-cy wystąpił u Pacjenta:  
zator mózgowy tak / nie\*, udar krwotoczny mózgu tak / nie\*, inny ostry incydent  
mózgowy tak / nie\*, ciężkie uszkodzenie centralnego i obwodowego układu nerwowego  
tak / nie\*, uszkodzenie rdzenia kręgowego tak / nie\*.

13. **Czy pacjent doznał ciężkiego uszkodzenia centralnego i obwodowego układu nerwowego** (5 stopień w skali Rankina - bardzo ciężki stopień inwalidztwa, pacjent całkowicie zależny od otoczenia, konieczna stała pomoc osoby drugiej) tak / nie\*.

14. **Czy Pacjent cierpi na choroby:**

a) przewlekłe postępujące takie jak: **miopatia** tak / nie\*, **choroba Parkinsona** tak / nie\*, **zapalenie wielomięśniowe** tak / nie\*, **rdzeniowy zanik mięśni** tak / nie\*, **guzy mózgu** tak / nie\*, **procesy demielinizacyjne** tak / nie\*, **kolagenozy** tak / nie\*, **przewlekłe zespoły pozapiramidowe** tak / nie\*, **reumatoidalne zapalenie stawów** tak / nie\* **lub inne** (proszę wymienić): .....

b) **zwyrodnieniowe stawów biodrowych lub kolanowych** tak / nie\*.

15. **Czy w okresie ostatnich 6 m-cy wystąpił u Pacjenta:**

**zabieg endoprotezoplastyki stawu** tak / nie\*, **uraz kończyn dolnych** tak / nie\*.

16. **Czy pacjent znajduje się w stanie wegetatywnym/apalicznym** tak / nie\*.

17. Proszę ocenić stopień samodzielności i samoobsługi Pacjenta:

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

18. Posiadane, wykorzystywane zaopatrzenie ortopedyczne (np. wózek).....

.....

Informacja o udzielonych świadczeniach rehabilitacyjnych w okresie ostatnich 12 m-cy:

.....

.....

19. Czy Pacjent korzysta ze świadczeń:

a) poradni medycyny paliatywnej tak / nie\*

b) hospicjum domowego tak / nie\*

20. Proponowany program rehabilitacji:

.....

.....

.....

.....  
data

.....  
pieczęć i podpis lekarza kierującego

**/\*- niepotrzebne skreślić**

#### **UWAGI:**

- (1) Niniejszy wniosek stanowi informację o chorym skierowanym na rehabilitację. W celu rejestracji należy dołączyć skierowanie główne wystawione przez lekarza kierującego.
- (2) Do wniosku należy dołączyć karty wypisowe z pobytów szpitalnych, kserokopie aktualnych badań będące w posiadaniu wnioskodawcy i stanowiące dokumentację schorzenia.
- (3) Wniosek wypełnia lekarz: POZ lub specjalista w dziedzinie reumatologii, medycyny fizykalnej, fizykoterapii, balneologii, reumatologii, neurologii, neurochirurgii, chirurgii ogólnej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, ortopedii i traumatologii.
- (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.
- (5) Warunkiem udzielenia świadczeń jest przedstawienie aktualnego dokumentu potwierdzającego odprowadzenie składek na ubezpieczenie zdrowotne.