

.....  
pieczęć placówki kierującej

.....  
data, miejscowość

## WNIOSEK UZUPEŁNIAJĄCY

NA ODDZIAŁ STACJONARNY REHABILITACJI OGÓLNOUSTROJOWEJ  
W NZOZ CENTRUM OPIEKI I REHABILITACJI  
„ZDROWIE” S. C.  
42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. BATALIONÓW CHŁOPSKICH 117

1. Nazwisko i imię .....
2. PESEL .....Nr dowodu osobistego.....
3. Miejsce zamieszkania: kod pocztowy..... miejscowość.....  
Ulica ..... nr .....
4. Telefon..... Oddział NFZ.....
5. Nr dokumentu potwierdzającego odprowadzanie składek na ubezpieczenie zdrowotne .....
6. Dane opiekuna.....telefon.....  
adres .....
7. Tryb przyjęcia: .....
8. Numer statystyczny choroby zasadniczej,  
będącej przyczyną skierowania wg ICD-10 .....
9. Choroba zasadnicza .....
10. Choroby współistniejące .....
11. Data zachorowania (wypadku), krótki przebieg leczenia z uwzględnieniem dotychczasowej rehabilitacji.....

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 po przedstawieniu wniosku przez Pacjenta bądź Opiekuna.
3. Do wniosku należy dołączyć karty wypisowe z pobytów szpitalnych, aktualne badania (morfologia, mocz, OB) – wykonane nie później niż 3 m-ce przed złożeniem wniosku, badanie RTG – wykonane nie później niż 2 lata przed złożeniem wniosku oraz inne będące w posiadaniu wnioskodawcy i stanowiące dokumentację medyczną schorzenia.
4. Wniosek wypełnia:
  - a) lekarz z oddziału szpitalnego: urazowo-ortopedycznego, chirurgicznego, neurologicznego, neurochirurgicznego, reumatologicznego, chorób wewnętrznych, onkologicznego, ginekologicznego, urologicznego lub
  - b) lekarz z poradni rehabilitacyjnej, urazowo - ortopedycznej, neurologicznej, reumatologicznej w przypadku zaostrzeń chorób przewlekłych.
5. 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.
6. Warunkiem przyjęcia na oddział jest przedstawienie aktualnego dokumentu potwierdzającego odprowadzenie składek na ubezpieczenie zdrowotne.