

Wpłynęło dnia.....

L.dz.....

.....

(miejsowość, data)

.....
(pieczętka zakładu kierującego)

WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO ODZIAŁU REHABILITACJI POST-COVID-19

UWAGA!

- Wszystkie rubryki należy wypełniać dokładnie i czytelnie. Brak niezbędnych danych może spowodować odrzucenie wniosku.
- Konieczne jest dołączenie kserokopii dokumentacji medycznej potwierdzającej rozpoznanie oraz przebieg dotychczasowego leczenia.
- Ostateczna decyzja o przyjęciu ubezpieczonego do Oddziału Rehabilitacyjnego następuje po badaniu lekarskim.

1. DANE PERSONALNE

1.1 IMIĘ I NAZWISKO

1.2 DATA URODZENIA..... 1.3 PESEL

1.4 ADRES (kod pocztowy)

1.5 TELEFON KONTAKTOWY

1.6 ODZIAŁ NFZ

1.7 NAZWA I NR DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO ODPROWADZANIE SKŁADEK NA
UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE.....

DANE OSOBY KONTAKTOWEJ/OPIEKUNA (imię, nazwisko, adres, telefon kontaktowy)

.....
.....
.....

2. ROZPOZNANIE (nazwa oraz kod ICD10)

--

3. WYWIAD

3.1 Data i informacja o zachorowaniu/ urazie oraz opis dotychczasowego leczenia:

3.2 Zaopatrzenie ortopedyczne (jakie, data ostatniego):

3.3 Choroby współistniejące (cukrzyca, ch. nadciśnieniowa, ch. wieńcowa, padaczka itp.):

3.4 Aktualnie przyjmowane leki:

4. BADANIE PRZEDMIOTOWE:

4.1 Ocena sprawności pacjenta

a) sposób poruszania się:

- chodzący,
- chodzący przy pomocy: kuli; laski; czwórnoгу; podpórki; asekuracji osoby drugiej
- siedzący, zaadoptowany do wózka
- leżący.

b) higiena osobista:

- samodzielny,
- wymaga pomocy,
- całkowicie zależny.

c) jedzenie i picie:

- samodzielny,
- wymaga pomocy,
- całkowicie zależny.

d) kontrola zwieraczy:

- kontroluje,
- trudności z utrzymaniem,
- nie kontroluje.

4.2 Stan psychiczny i komunikacja:

a) współpraca w rehabilitacji:

- tak,
- nie.

b) zaburzenia mowy:

- tak
- afazja,
 - dyzartria,
 - Inne – wymieni ć
- nie.

c) objawy zespołu psychoorganicznego:

- tak,
 nie.

4.3 Inne informacje:

a) odleżyny:

- tak (określić wielkość i lokalizację)
- nie.

b) Przykurcze w stawach:

- tak (określić wielkość i lokalizację)
- nie.

c) Żyłaki, zmiany troficzne :

- tak (określić wielkość i lokalizację)
- nie.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są kompletne i zgodne z prawdą.

.....
Data wystawienia wniosku

.....
Pieczętka i podpis lekarza kierującego