

Wpłynęło dnia.....

L.dz.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczętka zakładu kierującego)

## **WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO ODZIAŁU REHABILITACJI OGÓLNOUSTROJOWEJ GERIATRYCZNEJ**

### **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 Ocena zdolności wysiłkowej z uwzględnieniem badania EKG i pomiaru RR:

#### 3.5 Aktualnie przyjmowane leki:

#### 3.6 Informacja o udzielonych świadczeniach rehabilitacyjnych w okresie ostatnich dwóch lat:

Rehabilitacja ambulatoryjna .....

Rehabilitacja w oddziale dziennym .....

Rehabilitacja w oddziale stacjonarnym .....

Leczenie sanatoryjne .....

Rehabilitacja w tutejszym ośrodku .....

### 4. BADANIE PRZEDMIOTOWE:

#### 4.1 Ocena sprawności pacjenta

a) sposób poruszania się:

chodzący,

chodzący przy pomocy:  kuli;  laski;  czwórnogu;  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 – wymienić .....
- 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**