

## Formularz kwalifikacyjny: Rehabilitacja neurologiczna

Uzdrowisko Busko-Zdrój S.A, ul. Rzewuskiego 1 28-100 Busko-Zdrój

Poniższy formularz kwalifikacyjny do rehabilitacji neurologicznej jest ankietą służącą uzyskaniu wstępnej informacji na temat możliwości prowadzenia rehabilitacji neurologicznej i pobytu w ośrodku uzdrowiskowym.

Ostateczną decyzję o kwalifikacji na pobyt i prowadzenie rehabilitacji podejmuje lekarz prowadzący przy przyjęciu i po zbadaniu pacjenta. Zastrzegamy prawo do natychmiastowej odmowy przyjęcia w przypadku zatajenia informacji o stanie zdrowia pacjenta.

W trakcie pobytu wskazane jest posiadanie przez pacjenta własnych leków, które przyjmuje przewlekłe i dostarczenie dokumentacji dotychczasowego leczenia (wypisy ze szpitala). W przypadku braku leków pacjenta, leki będą wypisane na receptę. Mogą zostać zastosowane zamienniki stosowanych leków lub w przypadku braku zamienników, leki mogą zostać zmienione na inne. W przypadku braku możliwości zapewnienia leczenia niezbędnym dla zdrowia pacjenta lekiem, pobyt może zostać zakończony.

**PROSIMY O WYPEŁNIENIE WSZYSTKICH PUNKTÓW CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI**

Imię i nazwisko pacjenta\*: .....

PESEL\*: .....

Adres zameldowania: .....

Adres zamieszkania\*: .....

Telefon kontaktowy\*: ..... E-mail: .....

Masa ciała (kg)\*: ..... Wzrost\*: .....

1. Rozpoznanie i nr statystyczny choroby zasadniczej będącej powodem skierowania ( np. I69.0 Następstwa krwotoku podpajęczynówkowego ) \*

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

2. Schorzenia dodatkowe oraz choroby i przebyte operacje (daty operacji lub zakończenia leczenia):

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

3. Data wypadku/ zachorowania

.....  
.....

4. Data ostatniej hospitalizacji ( jeśli była )\*

5. Wypisy ze szpitala (dołączone w formie skanu/kopii)\*

6. Przebyta ostatnia rehabilitacja (kiedy /jaka/czas trwania)

.....

Zaburzenia psychiczne, w tym otępienie:  NIE  TAK, proszę opisać

.....

Leczenie psychiatryczne  NIE  TAK,  
opis.....

Cewnik moczowy?  NIE  TAK, kiedy założony (wymieniany) .....

Karmienie przez PEG?  NIE  TAK, kiedy założony .....

Odleżyny?  NIE  TAK, lokalizacja .....

Tracheostomia?  NIE  TAK, kiedy założona .....

Niedowład / porażenie kończyn górnych:  NIE  TAK, strona:  prawa  lewa

Niedowład / porażenie kończyn dolnych:  NIE  TAK, strona:  prawa  lewa

Zaburzenia równowagi:  NIE  TAK

Zaburzenia mowy:  NIE  TAK

Zaburzenia połykania:  NIE  TAK

Sposób poruszania się:  sam  kula  trójnóg /czwórnóg

wózek  leżący

Stopień samodzielności:  w pełni samodzielny  samodzielny w obrębie pokoju

wymaga pomocy osób trzecich

Pomoc opiekuna:  TAK, wymagana  NIE, nie ma potrzeby

Jeśli wymagana, to w jakim zakresie (w jakich czynnościach / jaki rodzaj pomocy):

.....  
.....

.....  
.....  
Uwagi:

Preferowany termin pobytu: .....(miesiąc / rok)

Zaświadczam, iż dane zawarte w niniejszej ankiecie kwalifikacyjnej są zgodne z prawdą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, podanych w ankiecie kwalifikacji do rehabilitacji neurologicznej, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135), przez administratora danych osobowych, czyli UzdrowiskoBusko-Zdrój S.A. z siedzibą w Busku-Zdroju, przy ul. Rzewuskiego 1, w celu realizacji usług rehabilitacji neurologicznej. Jestem świadomy/a, że podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji procesu kwalifikacyjnego oraz że przysługuje mi prawo wglądu do treści swoich danych oraz prawo ich poprawiania.

.....  
Data wypełnienia formularza

.....  
Podpis pacjenta / opiekun

\*pola obowiązkowe

---

Uzupełnia lekarz

Kwalifikacja

Odmowa

Uzasadnienie odmowy:

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